

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

KELLY LUIZA FREIRE MARQUES  
LAÍZA ONIAS SANTOS  
NARA VANESSA SANTOS MONTEIRO

**SAÚDE MENTAL, INTEGRALIDADE E  
INTERDISCIPLINARIDADE:**  
Um estudo no CAPS David Capistrano Filho Aracaju-SE

SÃO CRISTÓVÃO-SE

2016/1

KELLY LUIZA FREIRE MARQUES  
LAÍZA ONIAS SANTOS  
NARA VANESSA SANTOS MONTEIRO

**SAÚDE MENTAL, INTEGRALIDADE E  
INTERDISCIPLINARIDADE:**  
Um estudo no CAPS David Capistrano Filho Aracaju-SE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Departamento de Serviço Social da Universidade Federal  
de Sergipe como requisito parcial para obtenção de grau  
de Bacharel em Serviço Social.  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Maria Cecília Tavares Leite.

SÃO CRISTÓVÃO-SE

2016/1

KELLY LUIZA FREIRE MARQUES  
LAÍZA ONIAS SANTOS  
NARA VANESSA SANTOS MONTEIRO

**SAÚDE MENTAL, INTEGRALIDADE E  
INTERDISCIPLINARIDADE:**  
Um estudo no CAPS David Capistrano Filho Aracaju-SE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Departamento de Serviço Social da Universidade Federal  
de Sergipe como requisito parcial para obtenção de grau  
de Bacharel em Serviço Social.

**Aprovado em, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup> Dra<sup>a</sup> Maria Cecília Tavares Leite (DSS UFS)  
(Orientadora)

---

Prof<sup>ª</sup> Dra<sup>a</sup> Rosangela Marques dos Santos (DSS UFS)  
(Examinadora)

---

Prof<sup>ª</sup> Taís Fernandina Queiroz (Psicologia UNIT)  
(Examinadora)

## AGRADECIMENTOS

Estudar sobre a saúde mental sempre foi um interesse em comum entre nós e o que nos impulsionou a iniciar o presente trabalho. A forma que a pessoa com transtorno mental foi ‘tratada’ durante muito tempo na sociedade, baseada na exclusão, coerção, violência institucional, nos despertou a vontade de lutar para que o manicômio reproduzido socialmente também seja derrubado. Poder falar de forma mais aprofundada sobre esse processo é gratificante, entretanto, há muito ainda para se estudar e conhecer, a temática é muito rica e instigante.

Outro aspecto que nos instigou a adentrar na presente pesquisa foi à temática da interdisciplinaridade. Desde os primeiros trabalhos de campo do curso que a interdisciplinaridade vinha no conteúdo das entrevistas e parte dos profissionais que tivemos contato nos informavam que essa perspectiva era uma realidade distante nas instituições que trabalhavam, que há uma hierarquia e burocracia institucional que impedia que todos os profissionais dialogassem. Todavia, certa vez resolvemos fazer um trabalho de campo com um profissional do CAPS por entender que nesse espaço, pela amplitude de questões que envolvem as pessoas com transtorno mental, esse diálogo deve ocorrer. Nesse sentido, entrevistamos nossa professora Cecília, que na época trabalhava no CAPS David Capistrano Filho e pelo pouco que podemos conhecer do trabalho desenvolvido no CAPS, a partir da visão dela, podemos perceber que dos espaços sócio-ocupacionais que conhecemos durante a graduação esse era o único que havia um diálogo interdisciplinar entre os profissionais. O desejo de conhecer de forma mais aprofundada a realidade de um CAPS perdurou até o momento do TCC. Conseguimos realizar a pesquisa e a vontade de conhecer, estudar e se aprofundar na área de saúde mental, não se encerra aqui.

É chegado o momento de agradecer a todos que contribuíram indireta e diretamente para a realização desse trabalho. Em primeiro lugar agradecemos a Deus, por possibilitar que mais um objetivo fosse alcançado. Sempre depositamos fé nos desafios encontrados em nossas vidas e desde o momento de inserção no curso de Serviço Social que somos abençoadas com grandes vitórias pessoais. Quem nos conhece sabe o quanto batalhamos para que essa pesquisa se consolidasse. Agradecemos também aos nossos familiares, principalmente nossos pais, por todo apoio emocional e afetivo durante todo esse processo. Aos nossos companheiros (as) e amigos (as), obrigada por segurarem a barra nos momentos de stress e fraqueza, muito obrigada por todo o incentivo e positividade, por sempre estarem presentes em nossas vidas e por todos os momentos de diversão e distração quando se fez

necessário relaxar um pouco. Muito obrigada a todos vocês que também fazem parte dessa vitória.

Aos que contribuíram diretamente para a realização da pesquisa, Cecília, nossa querida orientadora, obrigada por todo o conhecimento passado a nós. Aos professores do DSS, por construírem a ponte para a construção e desconstrução do conhecimento, por nos ensinarem a ver o mundo de forma crítica e tornar possível a realização dessa pesquisa. Se não fosse o acúmulo de conhecimentos que adquirimos durante o curso nada disso seria possível. Obrigada!

Por fim, mas não menos importante, obrigada aos profissionais do CAPS David Capistrano Filho por permitirem a realização da pesquisa, por todo o conhecimento que adquirimos com vocês, por fazerem parte dessa conquista e principalmente pelo exemplo de luta e ética que pudemos apreender de vocês. Poder conhecer profissionais que mesmo com a conjuntura não sendo favorável lutam e desenvolvem o trabalho de forma a tentar garantir o direito do usuário foi gratificante e inspirador para a nossa trajetória profissional.

**Kelly Luiza Freire Marques.**

**Laíza Onias Santos.**

**Nara Vanessa Santos Monteiro.**

## SUMÁRIO

RESUMO.....	6
I-INTRODUÇÃO .....	8
CAPITULO I - História da Reforma Psiquiátrica .....	14
1.1 Pontuações conceituais sobre Reforma psiquiátrica .....	14
1.2 Reforma Psiquiátrica: contexto histórico mundial.....	16
1.3 Reforma Psiquiátrica: contexto histórico no Brasil .....	27
CAPITULO II - Interdisciplinaridade e Integralidade em Saúde Mental.....	42
2.1 Interdisciplinaridade na Saúde Mental .....	42
2.2 Integralidade na Saúde Mental .....	46
CAPITULO III - A Interdisciplinaridade e a Integralidade no CAPS David Capistrano Filho Aracaju/SE .....	52
3.1 O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) .....	52
3.2 Saúde Mental em Sergipe: aspectos sobre a história do CAPS David Capistrano Filho .....	55
3.3 Equipe Multiprofissional do CAPS David Capistrano Filho - Perfil dos Entrevistados .....	60
3.4 Educação Permanente no CAPS David Capistrano Filho .....	62
3.5 Os processos de trabalho desenvolvidos no CAPS David Capistrano Filho .....	65
3.6 Interdisciplinaridade no CAPS David Capistrano Filho .....	68
3.7 O Projeto Terapêutico Singular no CAPS David Capistrano Filho .....	69
3.7.1 A participação do usuário no PTS .....	70
3.8 A Rede de Saúde Básica e o CAPS David Capistrano Filho.....	71
3.8.1 O Diálogo entre Redes no CAPS David Capistrano Filho .....	72
3.9 A Integralidade no CAPS David Capistrano Filho .....	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
APÊNDICES .....	81
APÊNDICE A: Roteiro de Entrevista .....	82
APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	83
REFERÊNCIAS .....	85

## RESUMO

As pessoas com transtorno mental foram por vários séculos “tratados” de forma coercitiva, punitiva e excluídos da sociedade. Em vez de tratamento médico e psicológico, essenciais para ressocialização, eram jogadas em grandes asilos e manicômios. Após a Reforma Psiquiátrica, essa realidade passou a ser contestada e modificada. Atualmente existe uma rede de atenção com vários serviços substitutivos ao manicômio que visam cuidar da pessoa com transtorno mental de forma livre, respeitando sua subjetividade e visando sua inserção nos espaços coletivos da sociedade. Pela amplitude de questões que envolvem a pessoa com transtorno mental, o trabalho nos atuais serviços substitutivos de saúde mental deve contar com uma equipe multidisciplinar que atuem de forma interdisciplinar para viabilizar a integralidade dos sujeitos atendidos. Nesse sentido, entender como se dá a relação entre interdisciplinaridade e integralidade no trabalho do CAPS David Capistrano Filho, foi o objetivo do presente trabalho. Para alcançar tal fim, se fez necessário identificar quais os processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais do CAPS, identificar se ocorre o diálogo entre redes e identificar se existem estratégias dos profissionais que viabilizem o diálogo interdisciplinar. O método norteador da pesquisa foi o método dialético de Marx, pois pretendeu-se ultrapassar a aparência fenomênica que se apresentava como realidade no CAPS David Capistrano Filho, entender as determinações históricas que justificam o modo como se configura a atenção em saúde mental e compreender os aspectos da sociedade capitalista que influenciam na política de saúde mental. A pesquisa é qualitativa, pois partiu do entendimento e subjetividade dos profissionais entrevistados e a análise dos dados que utilizamos foi a análise de conteúdo tentando extrair o sentido maior dos dados encontrados correlacionando-os com as categorias da pesquisa. Após a realização da pesquisa podemos identificar os processos de trabalho que são desenvolvidos no CAPS David Capistrano Filho, as estratégias dos profissionais e entendimento dos mesmos acerca da temática e entender que a integralidade envolve uma amplitude de questões e que somente o diálogo interdisciplinar não faz com que se torne possível sua viabilização.

**Palavras chave:** Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Interdisciplinaridade. Integralidade.

## ABSTRACT

People with mental disorders have for several centuries been "treated" in a coercive, punitive way and excluded from society. Instead of medical and psychological treatment, essential for resocialization, they were thrown into large asylums and asylums. After the Psychiatric Reform, this reality began to be challenged and modified. Currently there is a network of care with various services that replace the asylum that aim to care for the person with a mental disorder of free form, respecting their subjectivity and seeking their insertion in the collective spaces of society. Given the breadth of issues involving the person with mental disorder, the work in the current mental health services should have a multidisciplinary team that act in an interdisciplinary way to enable the integrality of the subjects served. In this sense, understanding the relationship between interdisciplinarity and integrality in CAPS David Capistrano Filho's work was the objective of the present study. To achieve this goal, it was necessary to identify the work processes developed by the CAPS professionals, to identify if there is a dialogue between networks and to identify if there are strategies of the professionals that enable the interdisciplinary dialogue. The guiding method of research was Marx's dialectical method, since it was intended to overcome the phenomenal appearance that appeared as a reality in the CAPS David Capistrano Filho, to understand the historical determinations that justify the way mental health attention is configured and to understand the Aspects of capitalist society that influence mental health policy. The research is qualitative because it started from the understanding and subjectivity of the professionals interviewed and the analysis of the data we used was the content analysis trying to extract the greater meaning of the data found correlating them with the categories of the research. After the research, we can identify the work processes that are developed in the CAPS David Capistrano Filho, the strategies of the professionals and their understanding about the subject and understand that the integrality involves a range of questions and that only the interdisciplinary dialogue does not do with That it is possible to make it viable.

**Keywords:** Mental Health. Psychiatric Reform. Interdisciplinarity. Integrality.



## I-INTRODUÇÃO

Ao longo da história da saúde mental foram criados vários significados, explicações e conceitos sobre a loucura. Alguns desses conceitos surgiram baseados no senso comum, nas religiões e nos mitos. Já outros conceitos orientados pelas ideologias dominantes e, mais recentemente, o saber científico construiu sua definição com base na história natural das doenças. Também foram diversas as formas como a loucura foi tratada no decorrer da história da sociedade. Estudar a Reforma Psiquiátrica é conhecer o processo de mudança que ocorreu tanto no entendimento sobre a loucura, quanto nas formas de respostas e tratamento.

Uma característica que ainda se faz presente na sociedade, apesar de todo avanço do conhecimento científico e da luta contra a exclusão e coerção das pessoas com transtorno mental, são os conceitos que atribuem à loucura o sentido de periculosidade e que determinam que o lugar do louco seja fora do convívio social. É para tentar romper com esse pensamento que o Movimento de Reforma Psiquiátrica lutou e vem lutando. Esse movimento surge no Brasil subsidiado por outro movimento de luta na área da saúde que ficou conhecido como o Movimento de Reforma Sanitária, onde os trabalhadores da saúde questionaram fortemente o papel do Estado frente às questões sanitárias.

É sabido que, a partir do Movimento de Reforma Sanitária, o conceito de saúde passou por diversas mudanças. A luta contra o modelo hospitalocêntrico e a centralidade que a doença tinha nos conceitos e ações da saúde, fora uma bandeira levantada por esse movimento, a fim de consolidar um novo conceito de saúde que considerasse as condições econômicas, sociais e culturais de vida do indivíduo, visto que interferem diretamente em sua condição de saúde. Para além dessa mudança conceitual, o Movimento de Reforma Sanitária lutou também pela construção e consolidação de um sistema universal e descentralizado de atenção em saúde.

A partir da construção e consolidação do SUS é que o conceito de saúde passa a envolver uma amplitude de questões. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a atual definição diz que saúde é o “estado de completo bem estar físico, mental e social” e as discussões ocorridas na VIII Conferência Nacional de Saúde dão concretude a esse conceito ao afirmar que saúde é resultante das condições de vida.

A partir das conquistas do Movimento de Reforma Sanitária, como a criação do SUS, a atenção à saúde passou a contar também com equipes multidisciplinares a fim de garantir

um atendimento integralizado ao usuário. Entretanto o que se observa, como reflexo da atual lógica capitalista, é que as diversas atuações profissionais tendem a ser focalizadas, fragmentadas e individualizadas, o que dificultam que a interdisciplinaridade e integralidade ocorram de fato.

Com relação à área da saúde mental, a relevância do diálogo interdisciplinar e da questão da integralidade no acesso as políticas públicas tem uma centralidade ainda maior, visto que as pessoas com transtorno mental foram por vários séculos maltratadas e abandonadas em grandes asilos e manicômios. Em vez de tratamento médico e psicológico, recebiam tratamentos punitivos e eram privadas da liberdade. A partir da Reforma Psiquiátrica esse quadro vem sendo mudado. Na atualidade existem serviços substitutivos, que funcionam como instituições abertas, comunitárias, que prestam atendimento às pessoas com transtorno mental diariamente, dando acesso aos direitos, disponibilizando espaços de lazer, cultura, entre outras atividades.

Por suas dinâmicas específicas o trabalho na saúde mental não exige somente uma equipe multiprofissional (vários profissionais de diversas áreas em um mesmo espaço de trabalho), mas, e principalmente, interdisciplinar. Faz-se como pré-requisito que os profissionais envolvidos dialoguem e compartilhem informações de suas áreas de conhecimento, para que uma complemente a outra, como meio de dar respostas aos usuários desse serviço de forma ampla, completa, ou seja, de forma integralizada.

A partir de tais colocações indagamos: A ação profissional na saúde mental tem ocorrido de forma interdisciplinar? A integralidade da assistência às pessoas com transtorno mental vem sendo viabilizada?

O projeto de pesquisa foi estruturado a fim de responder a esses questionamentos. O objetivo geral do projeto foi identificar se entre os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial CAPS David Capistrano Filho, ocorre o dialogo interdisciplinar de modo a viabilizar a integralidade no atendimento prestado às pessoas com transtorno mental. Para tentar alcançar tal objetivo, se fez necessário:

- Identificar, nos processos de trabalhos, as estratégias que viabilizem o diálogo interdisciplinar no CAPS David Capistrano Filho;
- Identificar à existência de redes intersetoriais, de forma a garantir à integralidade no atendimento a pessoa com transtorno mental e;
- Identificar a avaliação dos profissionais sobre a relação entre a interdisciplinaridade e integralidade no cuidado as pessoas com transtorno mental.

O projeto de pesquisa se propôs analisar a atuação profissional no CAPS David Capistrano Filho, observando a relevância da interdisciplinaridade nas relações profissionais para a garantia da integralidade das ações prestadas às pessoas com transtorno mental. A relevância de pesquisar a temática, na atual conjuntura de retrocesso dos direitos conquistados se ancorou na necessidade de reafirmar, junto aos profissionais, a importância da busca de estratégias que viabilizem o diálogo interdisciplinar, visto que este é um meio de potencializar o saberes e garantir um atendimento integral ao usuário da saúde mental.

Considerando a complexidade que envolve a saúde mental, a presente pesquisa contribui também com aproximações sobre a realidade dos atuais serviços de saúde mental. Sabe-se que se constitui um desafio para os profissionais das diversas áreas do conhecimento atuar frente às múltiplas questões que envolvem a loucura, segundo Amarante (2007), até a própria definição do que cabe no termo saúde mental não contempla toda a complexidade da questão.

Bisneto (2009) atenta também, sobre a necessidade de aproximação entre o profissional da saúde mental com os debates das produções teóricas pós-reforma psiquiátrica, aquelas que incorporam às teorias de constituição da personalidade do ser, os fatores econômicos, políticos, históricos e sociais, objetivando um aprofundamento teórico-metodológico a fim de uma atuação mais integralizada nesse espaço sócio-ocupacional.

Sendo assim, partimos do princípio que as produções teóricas acerca do debate, as que consideram a loucura envolvendo “toda a complexidade da existência subjetiva e social de cada indivíduo” (VASCONCELOS, 2008, p. 49), vem a contribuir com o conhecimento do profissional que atua ou pretende atuar na saúde mental.

O método do projeto de pesquisa foi orientado pelo materialismo histórico dialético de Marx. Segundo Netto (2011), a teoria para Marx é o real reproduzido e interpretado teleologicamente. O pesquisador que se baseia no método de Marx deve ultrapassar a aparência fenomênica e imediata do objeto, entretanto, sem eliminá-la, visto que o modo imediato como o objeto se apresenta é um nível de realidade de onde parte o conhecimento. Contudo, para apreender o objeto de pesquisa em sua totalidade, se faz necessário, partindo de sua aparência, entender a sua estrutura e dinâmica, ou seja, apreender sua essência (NETTO, 2011).

Conhecer um objeto em sua totalidade concreta requer entender o conjunto de determinações históricas que o definem, as relações com o meio que o modificam e sua atual estrutura, sabendo que nada é acabado e está sujeito a mudanças. O método em Marx não é um conjunto de regras dadas e aplicáveis em qualquer pesquisa científica, mas sim um

método de análise crítica e dialética sobre como o objeto de pesquisa se insere numa totalidade que é a sociedade capitalista.

É com essa perspectiva de análise que o projeto de pesquisa foi direcionado. Através da produção teórica já existente sobre a temática, levantamos as determinações históricas que justificam o modo como se encontram os atuais serviços de saúde mental, fazendo uma correlação dos acontecimentos na sociedade capitalista que influenciam na política de saúde mental.

Escolhemos o método materialismo histórico dialético, porque ousaremos ir além da aparência fenomênica que se apresenta como realidade no CAPS David Capistrano Filho. Sabe-se que na teoria, o atendimento que deve ser prestado ao usuário de saúde mental requer um diálogo interdisciplinar, visando à integralidade do acesso. Contudo, recuperar os aspectos históricos que determinaram a atual política de saúde mental, verificar se existem estratégias que viabilizem a interdisciplinaridade no CAPS David Capistrano Filho, conhecer o entendimento dos profissionais sobre a temática e verificar se há um diálogo entre redes, se fez de suma relevância para obter uma visão crítica sobre a temática.

Utilizamos a pesquisa qualitativa, pois como Minayo (2011) explicita, esse tipo de pesquisa trabalha com uma perspectiva de significados, valores, crenças e atitudes, afinal partimos do entendimento e subjetividade de cada profissional acerca do tema em questão. A análise qualitativa pressupõe analisar os dados para além dos números, isso significa considerar na análise dos dados, os aspectos teóricos que imprimem qualidade. Escolhemos esse tipo de pesquisa para orientar nosso projeto, pois, objetivamos, a partir da entrevista realizada com os profissionais, conhecer a concepção dos mesmos sobre a temática.

A pesquisa realizada foi de natureza exploratória-descritiva, pois como afirma Gil (2009, p. 41), esse tipo de pesquisa objetiva “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses”. Ao explorar o objeto de pesquisa em sua totalidade real e, a partir do conhecimento adquirido com a pesquisa, descrevemos aproximações sobre sua estrutura e funcionamento.

Utilizamos a pesquisa bibliográfica, documental e de campo. A pesquisa bibliográfica, porque fazemos uma contextualização histórica destacando o papel da interdisciplinaridade para garantir a integralidade dos serviços prestados ao usuário, através de um levantamento dos autores que tratam sobre a história da saúde mental, do movimento de reforma psiquiátrica, da luta antimanicomial até chegar aos serviços substitutivos que prestam atendimento a pessoa com transtorno mental. A pesquisa documental, porque através da consulta aos documentos conhecemos a história do objeto de pesquisa e verificamos se

ocorre a comunicação entre redes. A pesquisa de campo, porque realizamos as entrevistas com os profissionais do CAPS David Capistrano Filho, a fim de fazer um levantamento acerca do entendimento de um representante de cada profissão, sobre a relação entre a interdisciplinaridade e integralidade no cuidado com as pessoas com transtorno mental.

O campo empírico da pesquisa foi o CAPS David Capistrano Filho em Aracaju/SE e o universo da pesquisa foram os profissionais da instituição. Utilizamos a amostragem não probabilística, pois, como diz Marconi e Lakatos (2010), a seleção desse tipo de amostragem não se dá de forma aleatória. Houve prévia intencionalidade de conhecermos o entendimento dos profissionais do CAPS acerca da temática e também, pretendeu-se garantir a representatividade na pesquisa.

Tivemos a intenção de entrevistar um profissional de cada área de atuação no CAPS David Capistrano Filho. Escolhemos os profissionais que seriam entrevistados de acordo com a disponibilidade do profissional e a acessibilidade. Utilizamos a amostragem não probabilística, pois trabalhamos com dados que consideram a subjetividade dos profissionais; intencional, visto que houve uma intencionalidade prévia dos pesquisadores na opinião de determinado grupo; e por tipicidade, pois tentamos garantir a participação ao menos de um representante de cada profissão.

O instrumento que fora utilizado na pesquisa empírica foi o roteiro de entrevista com os profissionais a fim de conhecer o entendimento dos mesmos sobre a relação entre interdisciplinaridade e integralidade no atendimento a pessoa com transtorno mental.

De acordo com Gil (2009, p.178) o que se procura na interpretação e análise dos dados é a extração do sentido maior destes, a partir do conhecimento obtido, através dos estudos e acúmulo das questões abordadas, analisá-los de forma a integrá-los aos fundamentos teóricos da pesquisa. O modo como organizamos e analisamos os dados foi o cronológico, recuperando os dados históricos através da pesquisa bibliográfica que conformam a atual política de saúde mental, e, posteriormente, organizando e sistematizando os dados extraídos através da consulta aos documentos da instituição e da entrevista com os profissionais, relacionando as três categorias da pesquisa: saúde mental, interdisciplinaridade e integralidade. É importante ressaltar que a análise crítica se fez presente em todos os momentos da pesquisa, relacionar os dados encontrados com os dados históricos e o aparato legal da política de saúde mental se fez relevante para conhecer de forma mais aprofundada o objeto de pesquisa.

A ética é preceito fundamental a qualquer pesquisa que venha a ser desenvolvida. O pesquisador tem o compromisso fundamental com a Resolução 196/06 do Conselho Nacional

de Saúde (CNS) e os princípios contidos nas suas diretrizes, visando assegurar os direitos e deveres de todos os envolvidos direta ou indiretamente na pesquisa. Os profissionais escolhidos para a realização da entrevista foram esclarecidos sobre o tema e objetivos e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme recomenda a Resolução 196/06 do Ministério da Saúde.

Após a organização e análise dos dados, esse trabalho encontra-se estruturado em 03 (três) capítulos, além da introdução, que apresenta os elementos introdutórios a pesquisa, e a conclusão, que apresenta as análises e resultados obtidos com a pesquisa. No primeiro capítulo tratamos o contexto histórico que antecedeu a reforma psiquiátrica, as principais correntes teóricas que subsidiaram esse processo e os aspectos históricos mais marcantes do contexto internacional e brasileiro. O segundo capítulo apresenta os conceitos de interdisciplinaridade, na visão de alguns autores, suas principais características enquanto prática teórico-metodológica e os principais ganhos para a saúde mental ao incorporar a prática interdisciplinar no cuidado. Ainda no segundo capítulo, trataremos sobre a integralidade e o que esse princípio traz de relevante para a política de saúde mental. O terceiro e último capítulo, fazemos uma contextualização histórica sobre a saúde mental em Aracaju-SE; a história do objeto de pesquisa: O CAPS David Capistrano Filho; os dados obtidos através da pesquisa de campo, as falas dos profissionais entrevistados relacionadas com a visão de alguns autores sobre as temáticas questionadas; e por fim, a reflexão sobre os dados da pesquisa.

## **CAPITULO I – História da Reforma Psiquiátrica**

Trataremos nesse capítulo sobre a reforma psiquiátrica. No primeiro item tratamos as principais mudanças teóricas no campo da psiquiatria. No segundo item, apresentamos os aspectos mais marcantes do contexto internacional e as mudanças ocorridas, ao longo desse processo histórico, no modo de tratar a loucura. No terceiro item, apresentamos o contexto brasileiro, seus principais aspectos e influências, os principais atores e suas bandeiras de luta, e os instrumentos legais do Estado brasileiro, criados durante essa trajetória, para responder a demanda posta a saúde mental.

Para construção desse capítulo, nos referenciamos em três autores. Através da leitura de Amarante (2007), que faz uma análise sobre a Reforma Psiquiátrica em seus quatro aspectos, teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural, tornou-se possível entender e escrever sobre as mudanças conceituais que subsidiaram as principais transformações que ocorreram no modo de tratar a loucura no contexto internacional. Através da leitura de Yasui (2010), que faz uma contextualização histórica dos principais aspectos do processo de Reforma Psiquiátrica no contexto brasileiro, tornou-se possível entender e escrever sobre esse processo, seus principais atores, suas bandeiras de luta, os principais acontecimentos e mudanças ocorridas na atenção em saúde mental no Brasil. Através da leitura de Vasconcelos (2008), que faz uma análise sobre as principais mudanças da sociedade capitalista que influenciaram nas demandas postas a saúde mental, tornou-se possível entender e escrever sobre esses aspectos. O capítulo foi construído a partir do diálogo com esses autores e está organizado de forma cronológica, destacando a confluência de argumentos frente às questões temáticas presentes no capítulo.

### **1.1 Pontuações conceituais sobre Reforma psiquiátrica**

De acordo com Amarante (2007), definir o que cabe no termo saúde mental não é tarefa fácil. Para ele, o primeiro sentido do termo é que a saúde mental é uma área do conhecimento e atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde. Atualmente, quando um profissional nos diz que trabalha com saúde mental, significa que atua nas questões relacionadas à saúde mental das pessoas. Entretanto, nem sempre foi esse o significado, houve uma época que trabalhar na saúde mental era estudar e “tratar” doenças mentais em hospícios e manicômios. O segundo sentido do termo saúde mental, atribuído por

esse autor no mesmo texto, é que diz respeito a um estado mental sadio ou sem transtorno mental.

Para tratar o conceito de saúde mental, Amarante (2007) retoma o conceito de saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a atual definição diz que saúde é o “estado de completo bem estar físico, mental e social”. Apesar de admitir certa evolução, comparando com as definições anteriormente estabelecidas que simplificavam a saúde a ausência de doenças, o autor ressalta que ainda há muita dificuldade em estabelecer o que é este completo estado de bem-estar mental, se é que existe alguém nessas condições.

Diante de tanta complexidade, categorizar o que é saúde mental analisando apenas a atuação profissional nesse campo separado do estado mental dos usuários que dela necessita, é reduzir e simplificar a amplitude de sentidos que o termo pressupõe. Relacionando os dois grandes sentidos do termo, tem-se uma primeira definição: “Saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas”. (AMARANTE, 2007, p.19)

A construção da cidadania para os alienados que foram excluídos desse direito por tanto tempo, diz respeito a um complexo processo social. Para que o manicômio seja extinto é preciso mudar a mentalidade, mudar atitudes, mudar relações sociais. Ao longo da história, o senso comum criou determinadas interpretações sobre a loucura. Estas interpretações e sentidos se tornam representações coletivas, pois passam a ser, por um processo natural, compartilhadas de uma forma semelhante pelos componentes de um grupo social. O método pineliano para tratar a saúde mental, pressupõe que a sociedade entenda o louco como perigoso que deve ser tratado de forma isolada em hospícios e hospitais. (AMARANTE, 2007).

Essa realidade passou a mudar, após varias manifestações do movimento antimanicomial em seus diversos atos e encontros. Usuários, familiares e profissionais, buscavam a verdadeira reforma da psiquiatria lutando pelo direito a cidadania e a defesa de considerar os aspectos da loucura em sua totalidade. Esse movimento foi de grande importância para que a sociedade participasse e pudesse entender melhor todo esse contexto que envolve a loucura.

Para Yasui (2010), a Reforma Psiquiátrica é um complexo processo social que deve ser entendido em seu sentido maior, assim como Amarante (2007), pensa que o termo reforma pode aplicar a esse longo processo de luta, um aspecto de mera modificação no modo de tratar a saúde mental. Os dois autores deixam claro em suas obras que a verdadeira Reforma



Psiquiátrica que lutaram, estudaram e defendem é um processo que vai além da modificação na estrutura dos hospitais psiquiátricos. Como define Yasui (2010):

Esse processo envolve, ainda, desinstitucionalizar o paradigma psiquiátrico, ou seja, reconstruir a complexidade do objeto desmontando o conceito de doença, retomando o contato com a existência e o sofrimento do sujeito e sua ligação com o corpo social, não mais para curar, mas para produção de vida, de sentidos, de sociabilidade e de espaços coletivos de convivência.

Amarante (2007), ao tratar sobre esse longo percurso da reforma psiquiátrica, atribui ao Alienismo um ponto de partida essencial para entendermos o processo de mudanças teóricas no campo da psiquiatria que foram fundamentais para subsidiar a reforma psiquiátrica. Falar em Alienismo, remete há uma época em que o estudo de transtornos mentais era assim denominado.

Philippe Pinel foi o grande percussor nessa ciência e posteriormente ficou conhecido como o pai da psiquiatria. Por participar da Revolução Francesa, período que marcou a história da sociedade, suas ideias e pensamentos exercem fortes influências até os dias atuais. A Revolução Francesa por ser palco de várias mudanças econômicas, sociais e políticas, foi um momento importante na história da psiquiatria e da loucura. Uma das principais transformações que aconteceram nessa época, foram às mudanças que ocorreram nas funções do hospital (AMARANTE, 2007).

## **1.2 Reforma Psiquiátrica: contexto histórico mundial**

Seguindo a linha histórica tratada por Amarante (2007), a origem do hospital remota a idade média. Naquela época, eram instituições guiadas por preceitos religiosos e de caridade que abrigavam pobres, miseráveis e doentes, sem distinção no “tratamento” que era destinado a estes. Antes que ocorresse tamanha mudança e o hospital passasse a ser um local destinado para tratar a saúde das pessoas, eram atribuídos vários significados à loucura, “de deuses a demônios”, assim como também, havia vários locais para onde se destinavam o louco, hospitais, prisões, guetos, entre outros.

No século XVII, surgiu uma nova modalidade de hospitais não mais exclusivamente filantrópicos, mas que passaram a cumprir a função de ordem social e política mais explícita. “Estou me referindo ao Hospital Geral, criado a partir do ano de 1656, pelo Rei da França. Para o filósofo Michel Foucault o advento do Hospital Geral foi de fundamental importância

para a definição de um novo “lugar social” para o louco e a loucura na sociedade ocidental.” (AMARANTE, 2007, p. 23)

Ainda referindo-se a Foucault, que estudou as origens da psiquiatria, Amarante (2007) fala que os hospitais gerais também eram denominados como “a grande internação” ou “o grande enclausuramento”, fazendo referência às práticas de isolamento e segregação dos que contrariavam a ordem e os excluídos socialmente. Nesse sentido, havia autoridades que julgavam e destinavam pessoas que contrariassem a ordem socialmente estabelecida na época, a serem isoladas nos hospitais gerais. Citando Foucault, o autor conclui que os hospitais gerais eram:

Uma estrutura semijurídica, um espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga, e executa. [...] Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer – o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e justiça, nos limites da lei: é a ordem terceira da repressão. (Foucault apud Amarante, 2007, p. 24).

Após perder seu caráter de caridade e passar a exercer funções de cunho social e político, alguns profissionais da área de saúde foram trabalhar nos Hospitais Gerais e a fim de transformá-las e humanizá-las visto que, guiados pelos ideais da Revolução Francesa, todos os espaços sociais deveriam ser readequados ao lema “Igualdade, liberdade e fraternidade”. “O hospital foi perdendo cada vez mais suas funções de origem de caridade e depois de controle social; na mesma proporção passou a assumir uma nova finalidade: tratar dos enfermos” (AMARANTE, 2007, p. 25).

Em contrapartida, apesar de o hospital ter perdido parte do caráter punitivo, desumano e coercitivo, esse espaço foi sendo cada vez mais medicalizado e a medicina foi se tornando ao mesmo tempo, uma prática exclusivamente hospitalar. Isso significa dizer que o hospital foi sendo usado para estudo, observação, isolamento da doença em estado puro e seu tratamento. Certo que esse modelo hospitalocêntrico possibilitou grandes contribuições para medicina, porém, centrou-se na doença de modo isolado e não nas pessoas que tinham a doença. Para Amarante (2007), com o decorrer do processo de medicalização do hospital o médico passou a assumir protagonismo nessa instituição, assim, no caso da psiquiatria, Pinel que era médico psiquiatra, passou a ser responsável por guiar esse processo no até então chamado Hospital Geral. Como sinaliza o referido autor, Pinel fazia parte de um grupo de filósofos conhecidos como “Ideólogos”, que pregavam que para conhecer e entender a realidade era necessário observar e buscar explicações empíricas dos fenômenos.

Ao aplicar seu método nos hospitais gerais, Pinel propõe “a libertação dos loucos”, porém, para os restituírem a consciência era necessário o isolamento do convívio social, pois para ele, as alienações advinham do meio social. Através da observação dos alienados, Pinel pôde conhecer e escrever sobre os fenômenos e enfermidades. Fundou os primeiros hospitais psiquiátricos e o primeiro modelo terapêutico nessa área, com o isolamento e o tratamento moral como princípios. Pinel criou também, o conceito de alienação moral o qual pressupunha que o indivíduo nessas condições, por estar fora da razão, fora de si e sem controle de suas próprias ações, representava um perigo para a sociedade (AMARANTE, 2007).

Ainda de acordo com Amarante (2007), o isolamento que Pinel propunha, como jusnaturalista que era, tinha como objetivo estudar a alienação, conhecê-la em seu estado puro, livre das interferências do meio social, a fim de encontrar o tratamento ideal para determinado caso. Nesse sentido, a principal diferença entre o isolamento dos antigos hospitais gerais e o isolamento proposto por Pinel, é que no primeiro as pessoas eram isoladas a fim de serem descartadas, as pessoas iam para o hospital geral para morrer, e o isolamento proposto por Pinel tinha o propósito de cura. Como já destacado, Pinel foi um importante personagem da Revolução Francesa e, naquele contexto de conquistas democráticas, surgiu o primeiro conceito de cidadania o qual, na época, dizia respeito ao direito “de conviver e partilhar com os outros de uma mesma estrutura política e social” (AMARANTE, 2007, p. 34).

A contradição que envolve esse personagem é que, apesar de seu histórico envolvimento com determinadas conquistas democráticas, Pinel, ao criar o conceito de alienação moral e seu método terapêutico que tem como princípio o isolamento, restituiu aos loucos o direito a cidadania. As influências do pensamento pineliano persistem até os dias atuais, principalmente as que atribuem à loucura o sentido de periculosidade e determinam o lugar do louco: fora do convívio social (AMARANTE, 2007).

Nesse sentido, desde seus primórdios o Alienismo pineliano foi alvo de inúmeras críticas, a contradição entre o isolamento e o tratamento moral e as conquistas democráticas da Revolução Francesa, trazem a tona o seguinte questionamento: “Que estranha instituição é essa que sequestrava e aprisionava aqueles os quais pretendia libertar?” (AMARANTE, 2007, p.37).

Rapidamente os hospitais psiquiátricos passaram a ficar lotados, por mais que não fosse mais esse o objetivo, ainda cumpriam a função de segregação e exclusão social acompanhadas de várias denúncias de maus tratos aos internos. Logo foi evidenciado que esse modelo matinha o mesmo caráter segregador dos hospitais gerais. Diante da ineficácia do

hospital psiquiátrico e método pineliano, tanto essa estranha instituição, quanto a própria psiquiatria perderam consideravelmente a credibilidade que haviam conquistado (AMARANTE, 2007).

Segundo Amarante (2007), o primeiro modelo de tratamento substitutivo ao hospital psiquiátrico foram às chamadas comunidades terapêuticas. A gênese dessas instituições tem como base um misto de história, fé e mito. Trata-se da história da princesa Dymfina, que ao fugir do desejo e assédio de seu próprio pai, esconde-se numa pequena aldeia belga. Porém, logo seu esconderijo é descoberto e a princesa continua a resistir ao assédio do pai, o que a leva a ser condenada a forca por sua desobediência. O referido autor no mesmo texto ressalta que, segundo a história, um alienado que assistiu a execução da princesa recuperou milagrosamente a razão. A princesa foi canonizada como Santa Protetora dos Insanos e na data da execução, passaram a ser realizadas romarias em que as famílias dos alienados iam até a aldeia em busca de cura.

Na medida em que muitos não eram curados no primeiro ano, as famílias mais abastadas passavam a pagar aos aldeões para que cuidassem de seus parentes até a festa do ano seguinte. Resumindo a história, a comunidade passou a adquirir um trato muito especial com os alienados que, para surpresa dos alienistas passaram a trabalhar, com foices e enxadas, e a se recuperarem, não mais por milagre, mas pelo trabalho. Trabalho terapêutico, concluíram. (AMARANTE, 2007, p. 39)

Logo as comunidades terapêuticas foram se espalhando por diversos países. Aqui no Brasil as primeiras experiências foram criadas na Ilha do Governador, no Rio de Janeiro, e ficaram conhecidas como Colônia de São Bento e Colônia Conde de Mesquita. Com a administração de Adauto Botelho, décadas de 1940 e 1950, a tendência das colônias de alienados se espalhou por todo o país, tomando proporções gigantescas como no caso da Colônia de Juquery em São Paulo, que chegou a abrigar 16 mil alienados (AMARANTE, 2007).

Mas, segundo Amarante (2007), rapidamente essas experiências foram contestadas. Logo notaram que a única diferença entre essas instituições e os hospícios era o uso do trabalho como meio de cura, porém, ainda encontrava-se descaso e desumanidade na forma de tratar a loucura. O contexto pós-Segunda Guerra Mundial coloca em pauta a necessidade de um novo olhar para a Saúde Mental e é nesse contexto, que se assistem as primeiras tentativas de reformas psiquiátricas. O referido autor, no mesmo texto, apresenta as principais correntes teóricas que influenciaram e influenciam o processo de reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial. Trataremos de forma sintetizada sobre cada uma delas.

A comunidade terapêutica e a psicoterapia institucional pregavam que o problema estava na forma como os hospitais psiquiátricos eram geridos, essas correntes acreditavam que a solução seria a inserção de mudanças significativas na forma de gestão dessas instituições (AMARANTE, 2007).

Vasconcelos (2008), ao tratar sobre o contexto internacional de reformas psiquiátricas, destaca que o contexto histórico de guerra, especificamente pós Segunda Guerra Mundial (1939-1945), coloca em pauta ou como demanda para a saúde mental, os soldados e suas famílias. Para essa demanda, surgem respostas baseadas na solidariedade nacional e são feitos investimentos, mesmo que no âmbito da previdência, política a qual à Saúde Mental estava ligada na época, para a ressocialização desses soldados que retornam ao seu país com distúrbio mental devido ao contexto de guerra vivenciado. São exemplos de instituições que prestavam esse tipo de atendimento: comunidades terapêuticas nos Estados Unidos e na Inglaterra.

Já para Amarante (2007), os hospitais psiquiátricos se mostraram insuficientes, tanto no que diz respeito à falta de mão de obra qualificada para atender essa demanda, quanto na ausência de estratégias para um tratamento que fosse realmente terapêutico. Sendo assim, a comunidade terapêutica e a psicoterapia institucional, propõem uma reestruturação na forma de tratar a Saúde Mental, envolvendo os próprios usuários, familiares e trabalhadores na discussão, elaboração e decisão dos assuntos referentes ao tratamento dos usuários (AMARANTE, 2007).

Por comunidade terapêutica passou-se a entender um processo de reformas institucionais que continham em si mesmas uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais, ou enfim, um processo de horizontalidade e “democratização” das relações, nas palavras do próprio Maxwell Jones, que imprimia em todos os atores sociais uma verve terapêutica. (AMARANTE, 2007, p. 43)

É importante ressaltar que Amarante (2007), diferencia essa nova proposta, das áreas agrícolas guiadas por preceitos religiosos que se apropriam da denominação de Comunidades Terapêuticas para adquirir legitimação ideológica e social. A proposta de comunidade terapêutica, sugerida por Maxwell Jones, tem como base a livre comunicação entre os atores sociais do hospital, equipe, usuários e familiares, dialogando a fim de dar voz aos sentimentos e vontades dos alienados, para a construção de uma organização democrática e não uma forma hierarquizada previamente estabelecida encontrada nas propostas anteriores.

Já a Psicoterapia Institucional ganha força no contexto pós-guerra na França, guiada pelos pensamentos de François Tosquelles. Ele acreditava que os hospitais psiquiátricos haviam perdido suas funções terapêuticas devido ao contexto fragilizado da época. Nesse sentido, propõe que a escuta, prática que era exclusiva do médico psiquiatra, não se resumisse a apenas um tipo de conhecimento. Ressalta a importância do envolvimento de toda a equipe no acolhimento dos internos, resgata a noção de trabalho terapêutico, propõe o tratamento através de oficinas de arte, música, educação e, envolve usuários, familiares e trabalhadores da Saúde Mental, na construção de todo esse processo.

Da mesma forma que a Comunidade Terapêutica, esta experiência de coletivo terapêutico tinha como princípio de que no hospital todos teriam uma função terapêutica e deveriam fazer parte de uma mesma comunidade e, enfim, deveriam questionar e lutar contra a violência institucional e a verticalidade nas relações intrainstitucionais. Mas, diferentemente da similar inglesa, a Psicoterapia Institucional caminhou no sentido de propor a 'transversalidade', que entendo como o encontro e ao mesmo tempo o confronto dos papéis profissionais e institucionais com o intuito de problematizar as hierarquias e hegemonias. (AMARANTE, 2007, p. 44-45)

Porém, seguindo a linha de raciocínio de Amarante (2007), a partir do final dos anos 1950 e início dos anos 60, a Psicoterapia Institucional começou a apresentar limitações no sentido que o tratamento ainda estava muito vinculado ao hospital, o que fazia que muitos dos usuários que tinham alta, por não terem um suporte terapêutico fora do hospital, voltassem a reinternação.

Surge então, a Psiquiatria de Setor que atentava para a necessidade de criar instrumentos que pudessem dar suporte terapêutico após a alta hospitalar, foram criados os Centros de Saúde Mental (CSM), nas diferentes regiões francesas, que pretendiam prestar assistência a demanda regional. Foi através da Psiquiatria de Setor que surgiu o debate da regionalização em Saúde Mental. O conceito de Setor, baseado nas ideias de Bonnafé, propunha uma subdivisão no próprio hospital psiquiátrico possibilitando que cada setor tivesse sua própria enfermaria e que os internos de determinada região, ficassem sob responsabilidade de uma mesma equipe multiprofissional (AMARANTE, 2007).

De acordo com Amarante (2007), com essa tendência foi possível alcançar avanços positivos para a Saúde Mental, além do contato social que os internos poderiam estabelecer entre si, quando tivessem alta seriam encaminhados para o CSM do mesmo setor e o acompanhamento continuaria a ser prestado pelos mesmos profissionais que o usuário teve contato no hospital. Outro ganho importante que a Psiquiatria de Setor trouxe para a Saúde

Mental foi à inserção de equipes multiprofissionais no processo terapêutico que passa a não ser mais exclusividade da psiquiatria.

Enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais passariam a ter, a partir de então, um novo protagonismo no contexto das políticas de saúde mental. A equipe que acompanhava o paciente internado passava a acompanhá-lo quando o mesmo recebesse alta, dando continuidade ao tratamento e explorando o fator positivo do vínculo já estabelecido no espaço hospitalar. Isto era particularmente importante quando o caminho era o inverso, isto é, quando o paciente, que estava em tratamento no CSM, precisasse ser internado. Ao contrário da situação de impacto certamente negativo de ser recebidos por profissionais ‘estranhos’, algumas vezes amarrado e contido de forma brusca, a situação recebia um tratamento sensível e inovador. (AMARANTE, 2007, p.47)

A Psiquiatria Preventiva teve origem nos Estados Unidos, devido ao contexto pós-vietnã, ao alto índice do envolvimento de jovens com drogas, as gangs e os movimentos criminosos que ganhavam força na época e, aos resultados de um censo realizado em 1955, evidenciou-se as más condições dos hospitais psiquiátricos do país e percebeu-se a necessidade de um novo olhar para a Saúde Mental. O impacto dos problemas sociais e dos resultados do censo foram tão impactantes que levou o presidente da época, Kennedy, a decretar a urgência em redimensionar a política de assistência psiquiátrica do país em 1963. Esse redirecionamento tinha como objetivo inserir equipes de Saúde Mental para trabalhar nas comunidades periféricas a fim de reduzir os casos de doenças mentais e promover melhores condições de vida para um estado mental saudável dos que lá habitavam. (AMARANTE 2007)

A psiquiatria preventiva, segundo Amarante (2007), era baseada nos ideais de Gerald Caplan que, assim como Pinel, era um jusnaturalista, ou seja, seguia a linha de história natural das doenças e pregava que qualquer doença, inclusive as mentais, se percebidas previamente poderiam ser prevenidas. Começou-se assim, uma verdadeira busca por “suspeitos”. As equipes de Saúde Mental iam para as comunidades e se algum caso chegasse, por vontade própria, indicação de familiares e amigos ou encaminhamento judicial, era realizada uma investigação para saber se haveria tendências para patologias mentais e o paciente era tratado previamente.

Apesar de seus representantes adotarem características de base das ciências naturais, Amarante (2007) ressalta que algumas conjunções com conceitos das ciências sociais fizeram com que essa tendência deixasse contribuições positivas para a Saúde Mental. Como o conceito de crise migrado da Sociologia, com o sentido de adaptação e desadaptação social, rompendo assim, com a ligação estritamente fisiológica da psiquiatria. As crises eram

caracterizadas em evolutivas ou acidentais. Evolutivas porque diziam respeito à passagem de uma fase para outra da vida, e caso um indivíduo nesse momento transitório perdesse as características da fase anterior, sem, no entanto, adquirir as da nova fase era diagnosticado com crise mental. Acidentais porque diziam respeito a acontecimentos indesejáveis da vida que devido ao impacto emocional, poderiam causar a crise. A Psiquiatria Preventiva pretendia intervir nesses momentos de crise, individual, familiar ou de determinado grupo social, no intuito de evitar o desenvolvimento de patologias mentais mais graves.

Outro aspecto relevante que essa tendência introduz na saúde mental foi o conceito de desinstitucionalização, que surgiu com o intuito de diminuir consideravelmente o número de internos nos hospitais psiquiátricos, aumentar o número de altas hospitalares e diminuir o tempo de permanência dos usuários nos hospitais psiquiátricos.

Como estratégias das políticas de desospitalização, foram implantados vários centros de saúde mental, oficinas protegidas, lares abrigados, hospitais-dias, hospitais-noite, enfermarias e leitos em hospitais gerais e etc. O objetivo era tornar o hospital um recurso obsoleto, que fosse caindo em desuso na medida em que a incidência de doenças fossem diminuindo em decorrência das ações preventivas, e que os serviços comunitários de saúde mental fossem adquirindo maior competência e efetividade em tratar as doenças em regime extra-hospitalar. (AMARANTE, 2007, p. 51)

Vasconcelos (2008) ressalta que houveram avanços importantes que dizem respeito às mudanças teóricas no campo psi, críticas ao caráter psicologizante da psiquiatria e o surgimento de correntes teóricas que vieram defender e fundamentar sobre o caráter histórico e social da loucura através da psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva. Houve também, uma diminuição do tratamento em ambientes coercitivos e isolados (asilos e hospitais) e estratégias utilizadas por uma parte de profissionais para modernizar ou humanizar o atendimento, como meio de responder às críticas a psiquiatria tradicional de modo a integrá-la a medicina em geral (clínica) e também como forma de aumentar o mercado de trabalho, atraindo uma clientela de maior renda.

Yasui (2010) traz uma observação relevante sobre o processo de desinstitucionalização. Para o autor, há uma diferença entre o processo que aconteceu na Europa e nos Estados Unidos comparando ao processo que aconteceu na Itália. Na visão dele, no primeiro caso as medidas que foram tomadas, não passaram de uma desospitalização guiada por interesses econômicos de redução de gastos, já no caso da Itália, tratou-se de um processo de luta que envolveu atores sociais no intuito de questionar e transformar as relações de poder entre o paciente e a instituição. A desinstitucionalização italiana objetivava criar mecanismos que substituíssem por completo o hospital psiquiátrico.



Amarante (2007), ao tratar sobre corrente que ficou conhecida como Antipsiquiatria, destaca que a não considera como pertencente à terminologia de reforma psiquiátrica, já que esta não propõe uma reforma em si, mas um rompimento nas práticas, conhecimentos e tendências da psiquiatria. Teve início nos anos 60 na Inglaterra e seus principais representantes foram Ronald Laing e David Cooper. Ao aplicar os princípios da Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional, esses estudiosos e trabalhadores da Saúde Mental, perceberam que essas ações ainda se mostravam insuficientes no sentido de que não era só o hospital psiquiátrico que precisava ser mudado, mas, e principalmente, as concepções sociais que foram construídas com o suporte da psiquiatria a cerca da loucura.

Inicialmente o termo Antipsiquiatria não foi bem aceito, visto que imprimia uma característica de contestação infundada, mera rebeldia. Entretanto, o sentido da terminologia era de “antítese”, a antipsiquiatria era uma corrente teórica contrária aos fundamentos da psiquiatria, contestava a base de fundamentação do conhecimento psiquiátrico que atribuíam às origens, causas e explicações da loucura a fatores exclusivamente físicos, químicos e neurológicos do corpo e mente humana, sem considerar os aspectos do meio social. Para a Antipsiquiatria as causas e explicações da loucura estavam na relação do indivíduo com a sociedade. O hospital psiquiátrico para essa corrente teórica, era reflexo e reproduziria de forma ainda mais intensa, as relações sociais, padrões ideológicos, relações de poder e opressão presentes na sociedade e suas instituições hierarquizadas. Sendo assim, não fazia sentido para Antipsiquiatria reformar os hospitais psiquiátricos se a sociedade continuasse a tratar do mesmo modo a loucura (AMARANTE, 2007).

No âmbito da antipsiquiatria não existiria, enfim, a doença enquanto objeto natural como considera a psiquiatria, e sim uma determinada experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social. Na medida em que o conceito de doença mental era então rejeitado, não existiria exatamente uma proposta de tratamento da ‘doença mental’, no sentido clássico que damos a ideia de terapêutica. O princípio seria o de permitir que a pessoa vivenciasse a sua experiência; esta seria, por si só, terapêutica, na medida em que o sintoma expressaria uma possibilidade de reorganização interior. Ao ‘terapeuta’ competiria auxiliar a pessoa a vivenciar e a superar este processo, acompanhado-a, protegendo-a, inclusive da violência da própria psiquiatria. (AMARANTE, 2007, p. 53-54)

Amarante (2007) destaca ainda, ao falar da antipsiquiatria, a contribuição crítica de Erving Goffman, que ao se dedicar a estudar as instituições, fez uma crítica à instituição psiquiátrica. Para Goffman, o saber psiquiátrico ao considerar a história natural das doenças na saúde mental, faz apenas uma “carreira moral” para a pessoa com transtorno mental. Isso significa dizer que, a psiquiatria tradicional servia para imprimir uma conduta moralmente

aceita aos pacientes e não para tratá-lo, matava-se a subjetividade do paciente em nome de uma cura inexistente. Nesse sentido, propõe uma desinstitucionalização num sentido mais amplo que a mera desospitalização, propõe a superação da mortificação do eu.

A psiquiatria democrática tem seu maior representante os ideais de Franco Basaglia, que inicia suas experiências nos anos 1960, na Itália. Franco Basaglia acompanhado de outros jovens psiquiatras, na tentativa de reformar o hospital psiquiátrico de Gorizia, norte da Itália, introduz modificações baseadas, inicialmente, nos princípios da Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional a fim de torná-lo um lugar de reabilitação e tratamento efetivamente terapêutico. Entretanto, com o passar do tempo de vivência e observação dos resultados da experiência, percebeu que o mal ou, em suas próprias palavras, ‘a serpente’, não poderia ser combatido com uma mera modificação ou tentativa de humanização (AMARANTE, 2007).

Para Amarante (2007), foi a partir do contato com as obras de Foucault e Goffman, que Basaglia percebeu que a saída seria contestar o próprio saber psiquiátrico e as bases ideológicas, jurídicas, políticas, legais e sociais que ainda davam suporte a existência do manicômio. No início da década de 70, iniciou um trabalho no hospital psiquiátrico de Trieste, onde juntamente com sua equipe, foi responsável pelo fechamento de pavilhões e enfermarias psiquiátricas e a criação de inúmeros serviços e dispositivos substitutivos ao manicômio.

Em suas experiências, introduziu contribuições das experiências de reforma psiquiátrica de outros países, porém, a diferença é que esses instrumentos eram tidos como meio, para o alcance de um objetivo maior e não como fim, como no caso das outras experiências de reforma. Como por exemplo, ele retoma o CSM, com influência da Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Preventiva dos EUA, só que propõe ‘a tomada de responsabilidade’ para que não haja mais nenhum contato com o hospital psiquiátrico. Em outras palavras, os CSM distribuídos nas mais diversas regiões italianas eram “centros de base territorial” que ficariam responsáveis pela integralidade do cuidado às pessoas com transtorno mental de cada território, através de ações que através da música, arte, trabalhos manuais, vídeos e etc, reconstruíssem a concepção de loucura e o lugar social do louco: no convívio social (AMARANTE, 2007).

Franco Rotelli, que substituiu Basaglia após seu falecimento em 1980, observa que a proposta italiana rompeu com as experiências anteriores, principalmente no que diz respeito ao entendimento de desinstitucionalização, adotado como sinônimo de mera desospitalização na Psiquiatria Preventiva e em outras que nela se inspiraram, e como desconstrução do paradigma racionalista problema-solução no processo italiano. Dito de outra forma, Rotelli (1990) considera que o mal obscuro está em

haver separado um objeto fictício, ‘a doença’, da existência global, complexa e concreta dos sujeitos e do corpo social. E é sobre esta separação artificial que se construiu o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a instituição), todos referidos ‘a doença’. A operação denominada de desconstrução seria, então, a desmontagem desse conjunto de aparatos para poder reestabelecer uma relação com os sujeitos em sofrimento. Rotelli nos propõe ‘uma outra via’, ao considerar ser este um processo social complexo, que procura acionar os autores sociais diretamente envolvidos; que compreende que a transformação deva transcender à simples reorganização do modelo assistencial e alcançar as práticas e concepções sociais. (AMARANTE, 2007, p. 59).

Segundo Vasconcelos (2008), a partir dessa corrente teórica o debate da democracia ganha força. Entre os atores que se destacam estão os movimentos sociais populares, que lutaram pela afirmação dos direitos civis, políticos e sociais, o reconhecimento das pessoas com transtorno mental como sujeitos de direitos e a luta dos trabalhadores de saúde mental, familiares e usuários na busca pela efetivação dos direitos conquistados. Com destaque para o movimento da antipsiquiatria nos anos 1960; a organização dos trabalhadores da saúde mental nos anos 1970, com o auxílio das forças de esquerda na Itália e; a luta pela saúde mental de qualidade do movimento de trabalhadores da saúde mental no Brasil nos anos 1970, que retomaremos mais adiante.

Foram essas as correntes teóricas, segundo Amarante (2007), que subsidiaram as Reformas psiquiátricas em diversos países, entretanto, não basta apenas mudar a forma de tratar a saúde mental pelas instituições e acabar com os manicômios ou readequá-los aos novos padrões de cuidado em saúde mental, se a sociedade continuar a reproduzir a exclusão que tanto demorou a ser contestada.

Antes de tratar as características do processo de reforma psiquiátrica brasileiro, Vasconcelos (2008) aborda alguns aspectos no contexto econômico e social mundial que influenciam em algum ponto a realidade brasileira. As mudanças ocorridas no mundo do trabalho, segundo o referido autor na mesma obra, foi um fato que influenciara ou modificara a demanda posta a saúde mental na época. Com o advento da maquinaria, ocorre uma mudança fundamental no modo de produzir, os artesãos, por exemplo, trabalhadores que antes eram altamente valorizados, perdem sua função e valorização, pois agora existem máquinas que o substituem. Essas máquinas devem ser operadas por pessoas, portanto, se por um lado ocorre uma revalorização do trabalho humano, que pela escassez de força de trabalho, há investimento em grupos de trabalhadores que antes eram considerados improdutivos para o sistema, ocorre, em contrapartida, uma desvalorização nos que antes eram considerados essenciais, como o artesão.

Outros aspectos que interferem ou modificam a demanda e o atendimento prestado à Saúde Mental são: mudanças na composição demográfica, aumento da população idosa e mudanças na estrutura familiar. Surgem tendências como os arranjos domiciliares de famílias matrifocais, ou seja, a mulher assume a subsistência da família. A inserção da mulher no mercado de trabalho, a tendência da individualização ganha força e a atenção social passa a contar com os serviços sociais substitutivos de caráter informal, prestados pela família e pelas mulheres (VASCONCELOS, 2008).

Vasconcelos (2008) destaca também, o surgimento de sistemas de bem-estar social que inundaram alguns países. Com essa tendência, pensou-se ter encontrado a “fórmula mágica” para conciliar acumulação capitalista e desenvolvimento social. Percebe-se maior notoriedade aos direitos sociais para grupos populacionais emergentes, incluindo as pessoas com transtorno mental; o desenvolvimento do chamado terceiro setor, que tratam de ONGs e empresas privadas que prestam serviços sociais de forma assistencialista e emergencial dividindo com o Estado a responsabilidade social; e o surgimento na Inglaterra e na Suécia, nos anos 1970 e 1980, de sistemas de serviços de saúde mental comunitários.

Como essa tendência do estado de bem-estar social logo entrou em crise, pois não há como concentrar riquezas sem que haja a desigualdade social, surge à tendência neoliberal. O neoliberalismo alega que o modo de produção entra em crise, pelos altos gastos com políticas sociais, incluindo as políticas de saúde mental. Há então, um aumento da população em situação de rua, inclusive pessoas com transtorno mental, e também, uma tendência para despolitizar e desmobilizar os movimentos sociais e os direitos conquistados na década de 80 (VASCONCELOS, 2008).

### **1.3 Reforma Psiquiátrica: contexto histórico no Brasil**

Para Yasui (2010), desde a instauração da psiquiatria no Brasil que a mesma sofre alterações e adaptações aos contextos políticos e econômicos de determinada época. O autor destaca que a partir de Pinel, as instituições passaram a se readequar com um objetivo mais científico. No Brasil isso acontece com a criação do Hospício de Alienados Pedro II no Rio de Janeiro em 1841. Época em que profissionais da área de saúde mental lutavam com o lema “aos loucos os hospícios” para tentar solucionar o problema de superlotação nas cadeias, nos hospitais gerais e, até mesmo, do abandono e situação de rua que os alienados se encontravam. De acordo com o referido autor no mesmo texto, a situação foi semelhante em São Paulo. Com o rápido desenvolvimento industrial e urbano, houve uma forte mobilização

pressionando o Estado para que o problema da superlotação dos alienados fosse resolvido. Essa pressão vai desembocar na criação do Hospício de Juqueri em São Paulo no ano de 1898. Nos dois casos, os hospícios cumpriam uma função política e social muito explícita: a de excluir e aprisionar indivíduos inadequados à ordem socialmente estabelecida na época.

Yasui (2010) destaca outros aspectos da história da psiquiatria brasileira nos anos 20 e 30, como a Liga Brasileira de Higiene Mental, que aplicava um tratamento moral e coercitivo aos desajustados socialmente a fim de “limpar” a sociedade e, situa a consolidação do manicômio na era Vargas. O autor situa que há uma confluência entre diversos autores de saúde mental, que apontam essas transformações ou pequenas reformas na forma de tratar a loucura no Brasil, que ocorreram durante boa parte do século XX, com uma profunda ligação com os interesses econômicos, políticos e sociais da época. Citando Foucault, Yasui (2010) conclui:

Resumindo em duas palavras: a relação entre poder e saber. Para ele a relação entre as ciências, como a física teórica ou a química orgânica, com as estruturas políticas econômicas da sociedade não são tão claras quanto o saber psiquiátrico, pois seu perfil epistemológico é pouco definido e a sua prática está ligada a uma série de instituições, de exigências econômicas imediatas e de urgências políticas de regulamentações sociais.

Ainda de acordo com Yasui (2010), a diferença entre essas reformas que fazem parte da história da psiquiatria no Brasil para o processo de reforma psiquiátrica brasileiro, é que este propõe um rompimento com os fundamentos tradicionais da psiquiatria e as antigas práticas de segregação social e propõe um novo modo de fazer a saúde mental. Para o autor, a gênese desse processo no Brasil se encontra na metade dos anos 70, onde assistia-se no país o resurgimento dos movimentos sociais e o processo de redemocratização. O autor destaca as décadas mais marcantes desse processo no Brasil: a década de 70, com o ressurgimento dos movimentos sociais durante o contexto de repressão do período ditatorial; a década de 80, com o processo de redemocratização do país, amadurecimento da luta dos movimentos sociais e conquista de direitos e; a década de 90, que se caracteriza como consolidação dessas conquistas como política pública de saúde.

A reforma psiquiátrica no Brasil surge subsidiada por um importante movimento, em grande parte, protagonizado pela luta e atuação dos profissionais de saúde. A reforma sanitária foi um momento que colocou como demanda a sociedade o questionamento de qual era o papel do Estado frente às questões sanitárias (YASUI, 2010).

A Reforma Sanitária se colocava, assim, fundamentalmente como um processo político, entendido como possibilidade emancipatória na construção da polis, da esfera pública, dos bens comuns. Era um processo que levava à produção intelectual e crítica, práticas e ações alternativas ao modelo hegemônico, militância cotidiana, ocupação de espaços institucionais, articulações com outros setores da sociedade, ocupação de espaço no interior do aparato estatal, avanços e recuos. Um processo político colocando em cena e em pauta a relação entre Estado e sociedade civil. A Reforma Sanitária se constituiu tensionando criticamente os termos dessa relação. (YASUI, 2010, p. 30-31)

Para Yasui (2010), o processo de reforma sanitária, assim como o processo de reforma psiquiátrica, tinha como objetivo comum quebrar paradigmas sociais e, para além da transformação das práticas, políticas e instituições da saúde, lutar por uma transformação social mais ampla. A reforma sanitária lutava para garantir o direito de saúde universal, contestando o papel do Estado na garantia de direitos dos que não tinham voz e previa uma mudança de concepção no conceito de saúde, considerando os aspectos ambientais, sociais e culturais; assim como a reforma psiquiátrica lutava para reconhecer a pessoa com transtorno mental com sujeito de direito; contestar o saber psiquiátrico e as rasas concepções sobre a loucura e contestar a forma desumana como o Estado respondia a essa demanda.

A assistência psiquiátrica na década de 1960 no Brasil se resume a um modelo excludente, hospitalocêntrico e com um alto número de leitos e internos nos hospitais psiquiátricos. Algumas pequenas modificações ocorriam, como as comunidades terapêuticas que surgiram em alguns estados do país, numa tentativa de um olhar mais humanizado para a saúde mental, porém, na visão de Yasui (2010), essas experiências foram pouco eficazes e só contribuíram para “plantar brotos”. De acordo com o referido autor, no mesmo texto, a partir do golpe de 1964, ocorre uma pequena mudança na assistência psiquiátrica. Trata-se da vinculação da assistência psiquiátrica ao INANPS – Instituto Nacional de Previdência Social, que foi criado em 1967. “A psiquiatria começou a transformar-se em um lucrativo negócio e, para defendê-lo, formou-se um poderoso lobby que atuava, e ainda atua, impedindo qualquer tentativa de mudança.” (YASUI, 2010, p.33).

Contraditoriamente, nessa mesma conjuntura histórica, começaram a surgir documentos oriundos de encontros internacionais que atentavam para a necessidade de um novo olhar para a saúde mental. Como exemplo, a III Reunião de Ministros da Saúde que aconteceu em 1972 no Chile, e o então Ministro da Saúde brasileiro, pôde participar e voltar com novas propostas para a assistência psiquiátrica. Como resultado desse encontro, saiu o documento Plano Decenal de Saúde para as Américas, que trazia como propostas, a criação de uma assistência extra-hospitalar, uma política de prevenção, Centros de Saúde Mental, equipes multiprofissionais e técnicas grupais de atendimento. Pode-se dizer que essas

propostas tinham influências das correntes teóricas da psiquiatria de setor da França e da psiquiatria preventiva dos Estados Unidos (YASUI, 2010).

Yasui (2010) ressalta ainda, a aprovação pelo Ministério da Previdência, em 1973, do documento Manual para a Assistência Psiquiátrica que subsidiou, um ano depois, a criação da portaria n. 32 de 1974 do Ministério da Saúde.

Ambos os documentos enfatizavam princípios que orientavam para a psiquiatria de comunidade, como, por exemplo, incrementar a criação de unidades de saúde mental nas cidades com mais de 100.000 habitantes; dar prioridade ao tratamento ambulatorial e prioridade para hospitalização curta, de preferência em hospitais gerais e estabelecer uma relação de um leito para 1.000 habitantes nas zonas urbanas e um leito para 2.000 habitantes nas zonas rurais; capacitação de recursos humanos; promoção de investigações epidemiológicas e atividades de pesquisa em geral.

Os princípios contidos nesses documentos se assemelham em alguns aspectos aos princípios da reforma psiquiátrica, como a crítica ao modelo hospitalocêntrico, o envolvimento das comunidades nos serviços de saúde e, a tentativa de rever a prática psiquiátrica e criar novos modelos para tratar a saúde mental. Entretanto, na visão de Yasui (2010), esses documentos tinham como referência o padrão norte americano de psiquiatria preventiva, linha teórica a qual a prática em saúde mental estava ligada ao modelo científico empirista, como a evolução natural das doenças e o princípio de prevenção. Esse modo de tratar a saúde mental entra em contradição quando comparado aos objetivos, ganhos e lutas, da reforma sanitária, que pretendia desvincular a centralidade da doença no conceito de saúde e considerar os aspectos sociais, econômicos e culturais que envolvem todo esse processo. É nesse sentido que surgem críticas conceituais às reformas da psiquiatria dos anos 60 (YASUI, 2010).

Segundo Yasui (2010), as principais influências teóricas ao processo de reforma psiquiátrica brasileiro foram a antipsiquiatria de Laing e Cooper e a psiquiatria democrática de Franco Basaglia. Através de encontros e congressos, os trabalhadores de saúde mental iam se aproximando dessas correntes teóricas, se organizando e se encorajando para denunciar os casos de maus tratos e desumanidades que ainda ocorriam nas instituições psiquiátricas, mesmo com todas as propostas de reformas que ocorreram antes. Esses atores passaram, assim, a lutar de forma mais efetiva, guiados pelo lema basagliano “ao pessimismo da razão o otimismo da prática”. O autor considera a greve dos médicos da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), em 1978, onde foram denunciadas as más condições em que os usuários dos hospitais dessa entidade eram submetidos, como ato fundante do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Após esse ato, vários outros profissionais de outros hospitais

psiquiátricos aderiram à luta coletiva. Outro marco importante que ocorreu nesse mesmo ano foi o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que aconteceu em Camboriú – SC e mais tarde ficou conhecido como congresso da abertura, pois:

[...] pela primeira vez, os movimentos de saúde mental participaram de um encontro de setores considerados conservadores, organizados em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria, estabelecendo uma ‘frente ampla’ a favor das mudanças, dando ao congresso um caráter de discussão e organização político-ideológica, não apenas nas questões relativas à política de saúde mental, mas voltadas ainda para a crítica ao regime político nacional. (AMARANTE apud YASUI, 2010, p. 37)

Vasconcelos (2008) faz uma recuperação histórica do período de reforma psiquiátrica no Brasil que, para ele, tem seu marco inicial em 1978, período que foi caracterizado pela forte mobilização dos movimentos sociais. Após um longo período de repressão (regime militar), os movimentos sociais se reorganizaram e recomeçaram uma nova onda de lutas. Vários movimentos que estavam desmobilizados voltam à cena política, destacando-se entre eles, o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental que questionaram fortemente as políticas de atenção psiquiátricas em vigência na época. Seus principais objetivos eram:

- denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos de concentração;
- denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do então INAMPS;
- denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro;
- primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar de o movimento não ter ainda bem claro como deveriam ser organizados tais serviços. (VASCONCELOS, 2008, p.23)

Yasui (2010), ao tratar sobre a década de 80, inicia tratando sobre o frágil contexto econômico que permeou aqueles anos, devido à crise do capital no contexto internacional e o Brasil se caracterizar como um país economicamente dependente, que sempre serviu para os interesses dos países de capitalismo central. Nesse sentido, houve uma queda no PIB brasileiro, arrocho salarial, aumento da inflação, da dívida externa e dos juros internos, o que caracterizou a época como “a década perdida”.

Contraditoriamente ao contexto econômico, foi nessa época que a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, adquirem visibilidade no país como projetos de redemocratização. As características econômicas da época atingem negativamente a previdência causando um “déficit operacional” que atinge seu auge em 1981. Essa conjuntura faz com que os movimentos populares intensificassem a luta e críticas ao modelo de saúde vigente. Um ator



que merece destaque nessa época é o Centro Brasileiro de Estudo em Saúde (CEBES), que em 1970 apresentou um documento denominado “A Questão Democrática na Área da Saúde” no 1º Simpósio Sobre Política Nacional de Saúde na Câmara de Deputados. Esse documento continha propostas e encaminhamentos que orientavam para o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, criação de um sistema único de saúde e a descentralização da política de saúde. A partir disso, foi possível conseguir o apoio de movimentos populares, parlamentares e sindicalistas e caminhar na trajetória que desembocaria na inscrição desses princípios na Constituição de 1988 (YASUI 2010).

Yasui (2010) destaca que o governo militar, numa tentativa de resposta a crise e críticas do modelo de saúde, cria o plano PREV-SAÚDE, incluindo as propostas de descentralização, regionalização, serviços básicos de saúde e hierarquização que o Movimento de Reforma Sanitária propunha. Entretanto, após levantar algumas discussões e debates o plano não foi concretizado, porém, possibilitou maior abertura para os representantes do Movimento de Reforma Sanitária em instituições estatais.

Como destaca Vasconcelos (2008), na década de 80, surge o plano PREV-SAÚDE, que foi uma tentativa inicial de mudar o sistema global de saúde. Esse plano iria desembocar na incorporação de propostas do Movimento de Reforma Sanitária na política de saúde, como a criação do Sistema Único de Saúde, porém, as propostas não saíram do papel. O progresso que aconteceu com esse plano foi que, através de uma articulação entre o Ministério da Saúde com o Ministério da Previdência para administrar os hospitais públicos, obteve-se mais abertura para os representantes do Movimento de Trabalhadores da Saúde e da Saúde Mental lutar de forma mais efetiva por seus ideais.

Retomando a linha histórica tratada por Yasui (2010), outro aspecto que merece destaque dessa década é a criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp). Em 1982, a Conasp lança o documento Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência que propunha incorporações concretas dos princípios da luta do movimento sanitário a fim de melhorar a qualidade dos serviços de saúde, romper com o modelo assistencial privatizante, insere a descentralização e utilização de recursos federais, estaduais e municipais nas ações públicas e serviços de saúde. Esse plano vai desembocar na criação das Ações Integradas de Saúde (AIS) que se consolidou como primeira experiência concreta de incorporação dessas propostas. A concretização das AIS, em 1983, serviu como ensaio e preparação para a elaboração do SUS.

Em alguns estados, como em São Paulo, o Suds já apresentava os princípios e diretrizes do SUS: universalidade; equidade; descentralização, regionalização e integração dos serviços de saúde; atenção integral; prioridade às ações básicas de saúde e à participação popular. Era o ideário da Reforma Sanitária de concretizando na capilaridade e no cotidiano dos serviços de saúde, na ampliação da rede, permitindo o acesso da população aos serviços básicos de saúde, a mudança de relações entre as diferentes instâncias (municipal, estadual e federal), com uma maior implicação do nível municipal nas ações de saúde. (YASUI, 2010, p.40).

Em 1986, ocorre a 8ª Conferência Nacional da Saúde, que ficou conhecida como um marco na história da saúde no Brasil e da Reforma Sanitária. Essa conferência se diferencia das outras pelo caráter político e forte mobilização dos movimentos que participaram e pela primeira vez representantes dos usuários tiveram espaço. Duas entidades que foram criadas nessa conferência merecem destaque, a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), que foi composta por representantes do governo e da sociedade civil; e a Plenária Nacional de Entidades da Saúde, que foi composta pelos movimentos populares organizados. Analisando os trabalhos das duas entidades, o autor ressalta que, a CNRS, desenvolveu um papel mais técnico e burocrático, já a Plenária Nacional, foram responsáveis por grande representação na Constituinte, dando visibilidade as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde o que culminou na aprovação do SUS. Após essa grande vitória, o movimento continuou mobilizado, lutando pela consolidação do SUS, em 1987 é criado o Suds e a Lei Orgânica da Saúde, que só vai ser concretizada em 1990 (YASUI, 2010).

Para Vasconcelos (2008), houve um breve rompimento na luta em prol de interesses democráticos de grupos populares, incluindo uma pausa nas lutas pelas políticas de saúde mental qualificada. Isso se deve ao fato do governo Sarney em nível federal, ter inviabilizado até certo ponto essas conquistas. Porém, em 1988 são consolidadas as conquistas por direitos do período anterior que resultaram na Constituição de 1988 e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990, que desembocou na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Yasui (2010) faz uma retomada histórica sobre a reforma sanitária para tratar os aspectos da reforma psiquiátrica brasileira, pois, acredita que não há como tratá-las de modo dissociado, já que grande parte dos avanços da reforma psiquiátrica só foi possível graças à abertura e conquistas que a reforma sanitária trouxe para a política de saúde. Nesse sentido, retomando a reforma psiquiátrica, o autor destaca que através das AIS, tornou-se possível em alguns estados brasileiros a reorganização da assistência psiquiátrica. Em São Paulo, por exemplo, ocorreu uma readequação dos hospitais psiquiátricos, novas contratações de profissionais e ampliação dos serviços extra-hospitalar. Nesse sentido, tornou-se possível a

entrada de jovens profissionais que, guiados pelas propostas da Reforma Psiquiátrica, trabalhavam em busca de consolidar as novas propostas.

Em 1989, organizou-se, na cidade de São Paulo, a Plenária dos Trabalhadores de Saúde Mental, um agente social coletivo que congregava diversas entidades e que atuou como um saudável e severo crítico das contradições da Coordenadoria de Saúde Mental de São Paulo. A Plenária foi um lugar de encontro para a discussão e reflexão de muitas questões que emergiam de distintas dimensões da prática dos trabalhadores: dificuldades na implantação de serviços em áreas que não havia nenhuma forma de atenção; inquietações teóricas e técnicas para atender às diferentes demandas dos usuários; lentidão nas respostas institucionais causadas pela inércia da burocracia estatal; críticas ao modelo psiquiátrico-preventivo da política de saúde mental; reivindicação da participação dos trabalhadores no processo de discussão das diretrizes dessa política. (YASUI, 2010, p. 42).

Em 1987, foi criado o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo. Essa instituição foi organizada inicialmente, por técnicos que trabalhavam no mesmo CSM (Centro de Saúde Mental) que era uma instituição extra hospitalar que foi crescendo e incorporando profissionais com uma vasta experiência de transformações institucionais, inclusive muitos deles, participavam da Plenária dos Trabalhadores de Saúde Mental. Essa experiência passou a contar também, com profissionais de áreas distintas onde tronou-se possível, através dos confrontos e diversidades de conhecimento e o contato com o usuário na prática, desenvolver um trabalho inovador, reconhecida como uma das mais relevantes experiências da época e que influenciou a construção de novos serviços e transformação dos que já existiam por todo o país (YASUI, 2010).

Yasui (2010) destaca ainda, como marco da Reforma Psiquiátrica brasileira, a realização em 1987 da I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), no Rio de Janeiro. Como fruto das discussões e reflexões dessa conferência observa-se no seu relatório final uma tomada de posição da Reforma Psiquiátrica frente à luta de classes, uma contestação da ideologia dominante, atentando para como o modelo econômico concentrador e excludente, interfere nas políticas de saúde.

O relatório final da I CNSM demonstra que a Reforma Psiquiátrica se aproximava ainda mais da Reforma Sanitária visto que, as duas propostas contestavam a sociedade como um todo e entendiam o campo da saúde como um campo de lutas, já que a saúde é um direito universal e fundamental para o desenvolvimento da sobrevivência humana, é um campo onde a cidadania e a democracia tem que estar presentes. Nesse sentido, o primeiro documento que demonstra a posição política da reforma psiquiátrica é o relatório final da I CNSM (YASUI 2010).

A conferência foi realizada em um clima de intensas polêmicas e discussões, e o relatório final demonstra a força e articulação da reforma psiquiátrica fazendo prevalecer suas teses em praticamente todos os itens da conferência. No tema I – Economia, Sociedade e Estado –, denunciava-se o modelo econômico altamente concentrador brasileiro, apontando para a necessidade de se ampliar o conceito de saúde, considerando em seus determinantes as condições materiais de vida. No tema II – Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência –, o relatório reafirmava as teses do Movimento Sanitário, introduzindo a especificidade da saúde mental no contexto de suas diretrizes e princípios. (...) Por fim, no tema III – Cidadania e Doença Mental –, o relatório reafirmava, também, teses do Movimento Sanitário, sugerindo inclusões no texto constitucional, no que se referia ao direito à saúde e propondo reformulações da legislação ordinária que tratava especificamente da saúde mental, ou seja: código civil, código penal e legislação sanitária. (YASUI, 2010, p. 43).

Yasui (2010) ainda tratando da década de 80, destaca, que a partir de 1985, vários profissionais ativistas do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental passaram a assumir cargos importantes na chefia de programas, projetos e hospitais em nível municipal e estadual, o que acabou por facilitar a institucionalização da reforma psiquiátrica. Nesse sentido, houve certa preocupação das ações do movimento se confundirem com o Estado. Como o meio de desmistificar essa ideia, foi realizado em Bauru-SP, em 1987, o II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental. Segundo o referido autor no mesmo texto, a escolha da cidade se deu ao fato do favorecimento cedido para a organização e realização do evento pela gestão progressista da cidade na época, como por exemplo: o secretário municipal de saúde David Capistrano, e da reforma psiquiátrica, Roberto Tykanori, que foram responsáveis pela implantação do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (Naps) na localidade.

Esse congresso foi considerado mais um grande marco da reforma psiquiátrica, pois, contou com a participação de representantes municipais, trabalhadores, usuários e familiares em um evento de muita luta e participação. Como deliberações desse congresso, ficou a escolha do dia 18 de maio como o dia Nacional da Luta Antimanicomial e a inserção de uma nova bandeira de luta: “por uma sociedade sem manicômios”. Ainda houve, como encerramento do evento, um ato exigindo a extinção dos manicômios que contou com a participação de mais trezentas pessoas. Nasceu então, a partir do II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (YASUI, 2010).

Sobre essa mesma conjuntura histórica, Vasconcelos (2008), ressalta que houve dentro do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental, um processo de reavaliação e autocrítica, enfatizando-se a necessidade de reestabelecer alianças com os movimentos populares. Dentro dessa reavaliação, percebeu-se que a luta anterior estava altamente centrada no controle e humanização dos hospitais psiquiátricos, ou seja, tinha que se avançar numa luta mais

democrática na garantia de direitos das pessoas com transtorno mental. Com influências do movimento da Psiquiatria Democrática na Itália, e balizados pela bandeira “por uma sociedade sem manicômios” o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental avança na luta.

[...] assistem-se às primeiras iniciativas oficiais a partir da nova estratégia do movimento: o lançamento em 1989 do Projeto de Lei Paulo Delgado, propondo a extinção e substituição gradativa dos serviços do tipo manicomial; a realização em 1990 da Conferência de Caracas, que cria um consenso entre os governos latino-americanos em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica; e o amplo processo de discussão da nova estratégia em nível municipal, estadual e federal no país, em conferências participativas que culminam na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, considerada um “marco na história da psiquiatria brasileira” (...) e que abre um novo período de consolidação da reforma psiquiátrica no país; (VASCONCELOS, 2008, p.26)

Ainda referindo-se a década de 80, Yasui (2010) destaca que em 1989, após esse movimento de aproximação do movimento de luta antimanicomial com os movimentos populares de esquerda e com a gestão do Partido dos Trabalhadores, tornou-se possível à consolidação de muitas propostas da Reforma Psiquiátrica. Uma que merece destaque é o processo que aconteceu na Casa de Saúde Anchieta, em Santos. A instituição, por conta de fortes denúncias de maus tratos, morte e atrocidades cometidas aos internos, foi alvo de uma intervenção da Secretaria Municipal de Saúde que deu origem a desmontagem do modelo manicomial e excludente do local para iniciar a implantação de uma rede substitutiva de atenção em saúde mental.

Construiu-se um rede territorial constituída por: 1) Naps, unidades de cuidado, regionalizados, funcionando 24 horas por dia e sete dias na semana e que respondiam à demanda de saúde mental em sua área de abrangência; 2) o Pronto-Socorro Psiquiátrico Municipal, o qual tinha como objetivo ser retaguarda do sistema na atenção à crise e urgência/emergência em particular no período noturno; 3) a Unidade de Reabilitação Psicossocial, que coordenava e desenvolvia os empreendimentos de trabalho; 4) o Centro de Convivência Tam-Tam, iniciado a partir da Rádio Tam-Tam, que desenvolvia projetos culturais e atividades artesanais; 5) o Lar Abrigado República Manoel da Silva Neto, moradia e espaço de atenção para usuários gravemente institucionalizados, com debilidades clínicas e físicas importantes (YASUI, 2010, p. 47).

A experiência de Santos ficou conhecida, nacional e internacionalmente, como um marco na incorporação efetiva da reforma psiquiátrica no Brasil. Entretanto, a conjuntura política da época, liderada por representantes de partidos progressistas, contribuiu positivamente para esse processo. Porém, posteriormente, com a vitória de representantes de partidos conservadores na gestão, a experiência foi sendo sustentada apenas pela luta dos trabalhadores e usuários, que desempenham um papel importante, mas, sem representação

política, ficam inviabilizados de concretizar seus objetivos. Essa transformação que acontecera em Santos, não pressupunha apenas a implantação de uma rede de serviços de saúde mental, mas, uma articulação entre todas as políticas existentes num sentido de uma transformação social (YASUI, 2010).

Yasui (2010) ressalta como desdobramento da transformação na Casa de Saúde Anchieta, a aprovação na Câmara de Deputados do projeto de lei n. 3.657, do deputado Paulo Delgado, que pretendia extinguir progressivamente hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços de assistência à saúde mental baseadas nos novos padrões da Reforma Psiquiátrica. Essa conquista foi parcial, visto que sua implementação não foi aprovada naquele ano por todas as instâncias necessárias, entretanto, esse fato serviu para estimular uma forte mobilização em vários estados e municípios do país incorporando as propostas da lei em seus serviços de assistência psiquiátricos.

Segundo Vasconcelos (2008), entre 1992 a 1995 ocorreu um período que, na história do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro, foi considerado de alta relevância no sentido de consolidação dos objetivos que o movimento propunha. A criação da Coordenação da Saúde Mental no Ministério da Saúde, que tratou de tomar as mais relevantes iniciativas políticas que a reforma psiquiátrica pressupunha, com destaque para o lançamento de portarias ministeriais a partir de 1992, e a II Conferência de Saúde Mental. Essas portarias tratavam de balizar o financiamento, que antes era restrito aos hospitais psiquiátricos (convencionais), e passou-se a financiar também, os atuais serviços de saúde mental que foram surgindo, os serviços de atenção psicossocial.

Amarante (2007) destaca, no Brasil, as portarias ministeriais n.189/91 e n.224/92 que instituíram várias e importantes modalidades de atenção psicossocial, dentre elas estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que procuram dispor de vários profissionais em diferentes categorias, internas e externas à área da saúde como músicos, artistas plásticos e artesãos, procurando desenvolver, através de oficinas, as habilidades dos usuários da saúde mental. Este processo denominado intersetorialidade, visa à inserção dos usuários não só no campo da saúde mental como também nas políticas públicas e na sociedade como um todo. Havendo uma articulação com os recursos existentes no campo da saúde mental, isto é, com a Rede de Atenção Psicossocial, esses serviços passam a ser desenvolvidos.

Para Yasui (2010), as portarias ministeriais n.º. 189/91 e n.º. 224/92, foram responsáveis respectivamente, primeiro por estabelecer um limite, reduzir o tempo de internação dos pacientes em hospitais psiquiátricos, criando procedimentos que contemplassem as diferentes esferas de cuidado que estavam surgindo (CAPS, NAPS,

oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e etc); segundo por estabelecer novas diretrizes e normas para a assistência em saúde mental que rompiam com os modelos de assistência psiquiátrica tradicional. Essas portarias, como já destacado, trataram de incentivar a criação de serviços substitutivos em diversos estados por todo o país. Entretanto, o referido autor no mesmo texto, destaca que muitos municípios incorporaram tais serviços como forma de aumentar os repasses financeiros para a área da saúde, visto que dentre os serviços SUS, estes apresentavam um elevado valor, e não com a preocupação de mudar o sistema de assistência psiquiátrica. Outro aspecto que merece destaque sobre essas portarias ministeriais e tantas outras que surgiram posteriormente, é que tornou-se possível aos estados e municípios maior poder de fiscalização, controle e intervenção em hospitais psiquiátricos particulares ou de caráter filantrópicos que prestavam serviços ao SUS, que não apresentassem os novos padrões de cuidado.

De acordo com Vasconcelos (2008), houve uma diminuição considerável no número de leitos em hospitais públicos e privados, que foram avaliados como inadequados às novas exigências da política de saúde mental pós reforma psiquiátrica. Contudo nem todos os leitos foram extintos, pois vários hospitais psiquiátricos convencionais conseguiram mistificar seus serviços incluindo equipes multiprofissionais em suas instalações. Aos poucos foi se ampliando o número de serviços de atenção psicossocial e ocorrendo uma substituição da assistência psiquiátrica convencional.

Yasui (2010) destaca como avanço na década de 90, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano de 1992, que ocorreu em um contexto político diferente da primeira conferência, o que fez com que seus resultados fossem menos combativos, mas, que representou um momento importante na reflexão dos aspectos de consolidação da Reforma Psiquiátrica que vinham acontecendo no país e, seu relatório final, imprimia aspectos importantes para compreender tais acontecimentos.

A II CNSM ocorreu em um momento em que diversas experiências estavam consolidadas e espalhando-se pelo país; já existia um projeto de lei federal, aprovada na Câmara de Deputados e tramitando no Senado, e leis estaduais aprovadas ou em tramitação; havia dispositivos institucionais (portarias ministeriais) voltadas para implantação de novos serviços e aumentavam a fiscalização dos hospitais; existiam diversas associações de usuários atuando ativamente pelo país, isto é, estava em curso um processo de transformação da saúde mental no campo assistencial, no campo jurídico, no campo institucional e no campo cultural. O relatório apresentava importantes elementos para compreender esses diferentes aspectos de transformação. (YASUI, 2010, p. 59)

Como Vasconcelos (2008) destaca, ocorreu um avanço no número de movimentos ligados a luta antimanicomial com destaque para as associações de usuários e familiares, que emitiu uma carta de direitos e deveres contendo os princípios básicos quanto à assistência em saúde mental, fruto do III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial em 1993, participando assim, de forma efetiva na formulação, planejamento e avaliação dos serviços em saúde mental.

Para Yasui (2010), a década de 90, apesar de algumas consolidações e conquistas já destacadas por outros autores, se configura como um período de grandes desafios. Vimos nos anos 1980, apesar da difícil conjuntura econômica resultante das crises inerentes ao sistema capitalista de produção, que houve uma abertura maior do Estado para as conquistas sociais. Entretanto, o argumento usado para justificar a crise que se intensifica em 1990, é que os anos 80 foram considerados como a década perdida pelos altos gastos do Estado com políticas sociais. Surge, assim, o pensamento neoliberal no Brasil que contestava o papel do Estado frente às políticas públicas e dividia a “responsabilidade social” com a sociedade civil. Esse processo acaba fragilizando os serviços substitutivos que surgiram e inviabilizando que a Reforma Psiquiátrica brasileira avançasse ainda mais.

Sobre essa conjuntura, segundo Vasconcelos (2008), em nível federal a partir de 1995 houve uma enorme dificuldade de avançar ainda mais na luta antimanicomial, pois, com o governo de Fernando Henrique Cardoso, se instaurou a política neoliberal no Brasil, desencadeando uma série de problemas, aumento do desemprego, aumento das pessoas em situação de pobreza extrema, aumento da violência, ocorrendo conseqüentemente um aumento no número de dependentes químicos, aumento no número de pessoas com níveis elevados de estresse e fobias ocasionados por problemas sociais, fazendo assim, com que a demanda colocada à saúde mental aumentasse sem necessariamente aumentar as conquistas nessa área, pois ocorreram vários impedimentos nas tentativas de avanços da reforma.

Como tendência da política neoliberal, houve um aumento na mercantilização dos serviços, incluindo a saúde mental. Com o desenvolvimento da ciência e o aumento das corporações das entidades de profissionais em psiquiatria, há um crescimento do complexo médico-industrial, fazendo com que se desenvolvam explicações da loucura e tratamento, baseados em fenômenos neuroquímicos e genéticos, desencadeando um conservadorismo no tratamento da loucura por desconsiderar os aspectos sociais e históricos, como também, um forte corporativismo desses profissionais, dificultando assim um diálogo interdisciplinar. O profissional da saúde mental vem se desvinculando cada vez mais do movimento



antimanicomial, enquanto houve um aumento considerável dos usuários e familiares na luta. (VASCONCELOS, 2008)

A partir disso, já no novo milênio, Yasui (2010), destaca a “vitória de sabor amargo” que inaugura os anos dois mil. Trata-se da aprovação da lei nº 10.216/2001, denominada lei de Reforma Psiquiátrica “que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (YASUI, 2010, p. 62). O referido autor, no mesmo texto, a caracteriza como uma vitória, visto que a lei é baseada na proposta de Paulo Delgado que desde 1989 tramitava no Senado Federal e foi finalmente assinada; porém, ocorreram mudanças não meramente semânticas em seu texto deixando-o bem distante do idealizado.

Transformada em um texto tímido, a lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas, e apenas aponta para uma proposta de mudanças, do modelo assistencial. Como revelador dessa característica, podemos destacar o fato de sete (4º a 10º) de seus treze artigos, referem-se exclusivamente à regulamentação da internação psiquiátrica, enquanto dois (1º e 2º) aludem aos “direitos e à proteção das pessoas acometidas de transtorno mental”. A mudança de modelo de atendimento aparece como uma sugestão no item IX do parágrafo único, do artigo 2º, expressa como direito da pessoa “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”. Os outros artigos se relacionam à responsabilidade do Estado, às pesquisas científicas e à criação de uma comissão para acompanhar as implementações da lei. (YASUI, 2010, p.63).

É nesse sentido que Yasui (2010) conclui que, apesar de todas as conquistas da reforma psiquiátrica como política pública, com o neoliberalismo, o incentivo cotidiano ao individualismo, ao caráter corporativista que inundam os movimentos sociais a partir dessa conjuntura, enquanto movimento social há um enfraquecimento do seu caráter combativo. Sendo assim, apesar de apresentarmos os pontos mais importantes desse movimento até então, concluímos que a reforma psiquiátrica, como processo social complexo que é, não se apresenta como acabada. Para além do que já foi conquistado, ainda é preciso avançar no sentido de fazer com que o manicômio, não exclusivamente a instituição, mas os pensamentos, concepções, abordagens, ideologias e práticas que o reproduzem, sejam definitivamente derrubados.

Vimos neste capítulo, o longo processo de reforma psiquiátrica no contexto internacional e brasileiro, suas principais correntes teóricas, os avanços e retrocessos que permearam a sua história. Destaca-se dentre os avanços conquistados, a substituição gradativa de práticas tradicionais, ancoradas na estrutura manicomial, por serviços substitutivos que redimensionam o saber sobre a loucura e as práticas no cuidado às pessoas com transtorno mental. Como características importantes que esses serviços substitutivos incorporam a saúde

mental, temos o princípio da interdisciplinaridade e da integralidade no cuidado, que devem permear todas as ações desenvolvidas. Trataremos a seguir, de forma mais detalhada sobre esses conceitos.

## **CAPITULO II- Interdisciplinaridade e Integralidade em Saúde Mental**

No segundo capítulo abordamos a interdisciplinaridade, os conceitos, sua importância teórico-metodológica e os principais ganhos e desafios encontrados através da incorporação nos serviços substitutivos de saúde mental. A interdisciplinaridade contesta a concentração do serviço prestado a apenas um saber e propõe a inserção de equipes multidisciplinares nos serviços substitutivos não somente com o intuito de cada um fazer o que sua especificidade profissional propõe e sim, no intuito de uma construção de saber coletivo, uma área contribuindo com a outra, visando assim, um atendimento integral ao usuário. Estruturamos nossa reflexão a partir do diálogo com alguns autores, Oliveira et al. (2000), Amarante (2007), e Vasconcelos (2008), convergem no entendimento de que se faz necessário que haja, na cotidianidade dos serviços de saúde mental, uma prática interdisciplinar entre as equipes objetivando a potencialização dos saberes e um atendimento mais integral do usuário.

No segundo item apresentamos a integralidade, que se constitui como um princípio contido no SUS, a partir do diálogo com Pinheiro (2000) e Nasi et al. (2009). A integralidade pretende articular não somente os profissionais da instituição, mas, e principalmente, a rede de serviços e políticas públicas para atender as necessidades do usuário de saúde mental em sua totalidade.

Trataremos nesse capítulo, sobre esses dois conceitos, a relação destes com a saúde mental, os ganhos na incorporação desses princípios ao cuidado e os principais desafios encontrados nesse processo.

### **2.1 Interdisciplinaridade na Saúde Mental**

Antes de começar a tratar a interdisciplinaridade devemos inicialmente compreender a saúde mental enquanto campo de atuação. A saúde mental é um campo de atuação permeado por desafios e como Oliveira et al. (2000) trata, é necessário diferenciar a área de atuação profissional de área de conhecimento, essa distinção é imprescindível para evitar certos descuidos referentes a prática profissional. Oliveira et al. (2000) refere-se à área de conhecimento como o “domínio de conhecimento específico de cada profissão, adquirido durante a sua formação” e o campo de atuação profissional como uma área bastante ampla e que necessita da participação das diversas áreas do conhecimento e especialidades diferentes frente aos problemas apresentados das mais diferentes formas e que ultrapassam os

conhecimentos de um único campo profissional. “A ação isolada de um único profissional, preocupado somente com seu campo específico de estudo, ignorando a realidade sócio-econômica e cultural do usuário, pode apresentar importantes limitações” (ARRUDA apud OLIVEIRA et al., 2000, p. 90)

Diante dessas representações é possível perceber o quanto um campo de atuação profissional necessita da contribuição do conhecimento produzido pelas mais diversas áreas para atender da forma mais completa possível o usuário dos seus serviços, visto que não é possível a um profissional de determinada área ter domínio sobre todos os conhecimentos necessários para intervir nos mais variados problemas existentes na realidade social (OLIVEIRA, 2000).

Segundo Amarante (2007), a Saúde Mental é um dos poucos campos de conhecimento e atuação em saúde que são altamente complexos e por isso, requerem um atendimento plural, intersetorial e onde ocorra a transversalidade de saberes. A saúde mental, atualmente, não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, como parte das áreas da saúde que se concentram na medicina e suas especialidades. Entretanto, como tratado no capítulo I, houve uma época que a atenção à saúde mental era centrada apenas no saber do médico psiquiatra.

A partir dessa premissa se percebe a importância imprescindível da interdisciplinaridade em qualquer campo de atuação, sobretudo na saúde mental que carrega nas veias uma vertente de saber sobreposta unicamente à figura do médico. Como Oliveira et al. (2000) evidencia baseado em outros autores, é “fundamental a compreensão por parte dos profissionais da Saúde Mental, na atualidade não é mais possível um pensamento centrado numa única e hegemônica área de conhecimento e atuação.” Entretanto para se pensar em desenvolver ações interdisciplinares é necessário que os profissionais estejam dispostos a quebrar as barreiras e transcender o caráter particular da sua área de atuação, pensar a atenção em saúde mental de forma a contribuir e agregar valores e reflexões de forma horizontal derrubando o individualismo presente em muitas ações em equipe e promover a saúde mental.

A saúde mental e a assistência psiquiátrica prestada às pessoas com transtornos mentais desde a Segunda Guerra sofreu numerosas mudanças, sobretudo de concepção. Inicialmente tinha-se a ideia oriunda das comunidades terapêuticas de transformar os asilos e hospitais psiquiátricos em ambientes mais humanizados e assim mais eficientes na recuperação dessa população. Já a partir dos anos 1960 as ideias surgiram de forma mais radical, o saber psiquiátrico foi posto a prova através das propostas desconstrucionistas e sua influência social sobre a loucura. Posteriormente, nas décadas seguintes, a assistência psiquiátrica foi se desenvolvendo gradualmente, ofertando serviços de forma paralela com a

intenção de diminuir o caráter hospitalocêntrico que vigorava na assistência psiquiátrica desde sempre (VASCONCELOS, 2008).

Uma das propostas mais revolucionárias e bem aceitas que vinha ganhando espaço no mundo todo, a partir da década de 1970, foi à proposta de desinstitucionalização.

Centra-se em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é definitivamente antiterapêutico, e que a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição radical do hospital por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda e as demandas de cuidado psicológico até as necessidades mais amplas de caráter social. (VASCONCELOS, 2008, p. 39)

Essa proposta de desinstitucionalização teve sua origem na formação de diversas correntes, a principal delas a Psiquiatria Democrática Italiana de Basaglia. A desinstitucionalização teve como principal viés a desconstrução de paradigmas, a ideia era pensar esse movimento, como Vasconcelos (2006) sugere, como uma “reinvenção da saúde”, é abrir os horizontes para a “renovação de todo o sistema de saber e cuidados em saúde mental”. Pensar o usuário como um ser empoderado de direitos e, sobretudo, de cidadania. Utilizando a sociabilidade e os espaços coletivos como meios para criar uma nova forma de abordagem sobre a saúde e os cuidados em saúde mental. Sobre esse processo, já tratado no capítulo I, entretanto, se faz importante fazer uma retomada visto que, pôde-se perceber que a saúde mental, a partir dessa nova abordagem, foi chamada a refletir e “refazer-se por inteiro” frente aos saberes engessados e tradicionais que permeavam o a saúde mental até então.

A partir dessa nova perspectiva e novas práticas de saúde mental as áreas profissionais envolvidas, também se ampliam progressivamente, pensando em atender a população de forma mais ampla e completa. O atendimento deve ser prestado por equipes multidisciplinares de saúde mental, comprometidas no cuidado com os usuários, mas que atuem de forma interdisciplinar, de modo a integrar suas propostas e saberes a fim de beneficiar cada vez mais o usuário (VASCONCELOS, 2008).

Vasconcelos (2008) faz uma conceituação a partir de diferentes classificações de Japiassu e Jantsch, referentes à interdisciplinaridade. A saber:

**MULTIDISCIPLINARIDADE:** gama de disciplinas que propomos simultaneamente, mas sem aparecer às relações existentes entre elas.

**PLURIDISCIPLINARIDADE:** justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer aparecer as relações existentes entre elas.

**INTERDISCIPLINARIDADE AUXILIAR:** utilização de contribuições de uma ou mais disciplinas para o domínio de uma disciplina específica já existente, que se posiciona como campo receptor e coordenador das demais.

**INTERDISCIPLINARIDADE:** axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas, definida no nível hierarquicamente superior, introduzindo a noção de finalidade, tendendo (mas não necessariamente) para criação de campo de sabor “autônomo”.

**TRANSDISCIPLINARIDADE:** coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas do campo, sobre a base de uma axiomática geral compartilhada; criação de campo com autonomia teórica, disciplinar ou operativas próprias. (VASCONCELOS, 2008, p. 46)

Segundo Vasconcelos (2008), existem concepções distintas sobre como a interdisciplinaridade pode ser abordada, entretanto, “A interdisciplinaridade, por sua vez, é entendida como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência a horizontalização das relações de poder entre os campos implicados.” (VASCONCELOS, 2008, p.47).

Essa abordagem interdisciplinar voltada para a saúde mental tem muito a contribuir não só com os usuários dos serviços, mas também, com os profissionais que trabalham com a saúde mental. Com o comprometimento de cada profissional em trabalhar de forma a construir um fazer profissional conjunto e aproximar os conceitos haverá uma aprendizagem mútua e o fortalecimento de uma construção coletiva de saber articulada e estruturada.

O debate em torno da loucura e seus desdobramentos envolve certa complexidade, por isso, busca-se um enfrentamento menos assistencial e aprisionado a imagem exclusiva do médico e um atendimento interdisciplinar de forma a reafirmar a cidadania, muitas vezes perdidas pelo usuário com transtornos mentais. Vasconcelos (2008) destaca que essa convivência que busca interligar os saberes não impede em nada na autonomia e na criatividade interna de cada saber profissional.

A proposta da interdisciplinaridade, ao reconhecer a complexidade dos fenômenos, esta de modo implícito, reconhecendo dialeticamente a necessidade de olhares diferenciados para um mesmo objeto e, dessa forma não pode prescindir da especialização. (VASCONCELOS, 2008, p.50)

Assim, a intenção da desinstitucionalização é certa, ela busca não somente a quebra de paradigmas que estavam tradicionalmente enraizados no pensar e no fazer da saúde mental, mais também articular os saberes em prol de uma ampliação e integração do saber em saúde e cuidados em saúde mental e assim horizontaliza essa troca de forma a não haver uma imposição de um saber totalitário (VASCONCELOS, 2008).

Além dos pontos positivos, Vasconcelos (2008) trata também sobre os principais embates encontrados nas práticas interdisciplinares nos campos das profissões e a partir da proposta analítica feita por autores anglo-saxões da sociologia das profissões (Parry e Parry, 1976; Ramon, 1987). Aqui citaremos dois pontos explicitados por ele, que mostram bem os conflitos encontrados nas práticas indisciplinadas.

- Mandato social sobre um campo específico: a formalização das profissões é acompanhada por um reconhecimento de reivindicações de um saber e competências exclusivos, no qual as esferas dominantes daquela sociedade específica ou o Estado atribuem um mandato social para tomar decisões, realizar tarefas específicas, controlar recursos e para atribuição de responsabilidade legal em caso de problemas, cristalizando um patamar específico de divisão social e técnica do trabalho.
- Cultura profissional: em cada sociedade ou país, cada grupo ou subgrupo profissional tende a ir assumindo um conjunto de valores culturais, imaginários e identidades sociais específicos, preferências teóricas e técnicas, estilos de vida, padrões de relação com a clientela, com a sociedade mais ampla e com a vida política. (VASCONCELOS, 2008, p.52)

Esses dois pontos demonstram bem como as relações institucionais (muito competitivas e pouco colaborativas) e a própria cultura de cada profissão com seus saberes e disposições próprias podem interferir nas possíveis práticas interdisciplinares, criando barreiras à troca de saberes e causando mais conflitos do que ganhos (VASCONCELOS, 2008).

Apesar de tais dificuldades a Saúde mental e a Interdisciplinaridade mostram que juntas apesar de encontrarem algumas barreiras, tem muito a contribuir com os usuários do seu serviço, entretanto, como Oliveira et al. (2000), menciona: “Todos devem compreender o sentido do trabalho coletivo para que ocorra uma eficaz integração profissional, cujas áreas de conhecimento e atuação irão se complementar”.

## **2.2 Integralidade na Saúde Mental**

Para se falar em integralidade na saúde é importante lembrar, de acordo com Pinheiro (2000), que a integralidade é um dos princípios doutrinários integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), tem sua origem no Movimento de Reforma Sanitária brasileira que, nas décadas de 1970 e 1980, lutavam veementemente por melhores condições de vida, de trabalho e atenção aos usuários dos serviços de saúde. Segundo a Constituição Federal de 1988 é dever do Estado, garantir esse direito à população.

Pinheiro (2000) estrutura a temática integralidade baseada na gênese dos movimentos de luta pela saúde e assim define três conjuntos de sentidos para se pensar em integralidade: a integralidade como traço da boa medicina, a integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

\* No primeiro conjunto de sentidos, a integralidade um valor a ser sustentado, um traço de uma boa medicina consistiria em uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde e em um cuidado para que essa resposta não seja a redução ao parêntese ou a sistema biológico deste, pois tal redução cria silenciamentos. A ‘integralidade’ está presente no encontro, na conversa em que a atitude do médico busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à saúde. A ‘integralidade’ está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos.

\* No segundo conjunto de sentidos, a ‘integralidade’, como modo de organizar as práticas, exigiria uma certa ‘horizontalização’ dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. A necessidade de articulação entre uma demanda programada e uma demanda espontânea aproveita as oportunidades geradas por esta para a aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde, assim como o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto a comunidade.

\* Por último, há o conjunto de sentidos sobre a ‘integralidade’ e as políticas especialmente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional. (PINHEIRO, 2000, p.256)

Pinheiro (2000) também chama atenção para as significativas mudanças “jurídicas, legais e institucionais” na história das políticas de saúde do Brasil, que ocorreram mediante a lei nº 8.080/90 da institucionalização do SUS. Dentre elas, novas formas de se aplicar integralidade em saúde.

Pinheiro (2000) define integralidade como:

A ‘integralidade’ como definição legal e institucional é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema (PINHEIRO, 2000, p. 256).

A pluralidade de questões envolvendo saúde é ampla, sobretudo se formos pensar a saúde voltada para as práticas integrais, que são uma das ferramentas que melhor atende e responde as necessidades dos usuários dos serviços de saúde, entretanto praticar integralidade nos serviços de saúde pública é um desafio ainda maior a se buscar, visto que o SUS, sobretudo em suas bases, ainda encontram inúmeras dificuldades de efetivar seus serviços de



forma acessível e de qualidade. Toda via, a luta pela melhoria da atenção a saúde não tem sido deixada de lado pelos profissionais da saúde, gestores e os usuários dos seus serviços (PINHEIRO, 2000).

Pinheiro (2000), destaca a importância da luta desses atores na busca por políticas públicas mais justas “na luta pela construção de um sistema de saúde universal, democrático, acessível e de qualidade” e relata sobre a importância da experiência adquirida por esses atores no desenvolvimento de “ações criativas em prol da construção de novos saberes e práticas em saúde”.

Entende-se que a experiência não é apreendida para ser repetida simplesmente e passivamente transmitida, ela acontece para migrar, recriar, potencializar outras vivências, outras diferenças. Há uma constante negociação para que ela exista e não se isole.

Aprender com a experiência é, sobretudo, fazer daquilo que somos, mas poderíamos ser, parte integrante de nosso mundo. A experiência é mais evidente que evidente, criadora que reprodutora. (PINHEIRO, 2000, p.257).

A partir dessa perspectiva de usufruir do melhor que as experiências em saúde nos traz, Pinheiro (2000), usa essas experiências de ‘integralidade’ como um bom exemplo da prática, pensando o cuidado em saúde de um forma mais ampla.

Na experiência a ‘integralidade’ ganha o sentido mais ampliado de sua definição legal, ou seja, pode ser concebida como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema. (PINHEIRO, 2000, p. 257 e 258)

Ainda falando de ‘integralidade’, a autora aborda a temática agora numa perspectiva de ‘integralidade como meio de concretizar o direito a saúde’, a ‘integralidade’ como base principal dessa política de saúde voltada a cidadania do sujeito, entretanto, atenta para os principais desafios que serão encontrados nesse processo: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade (PINHEIRO, 2000).

Pensar em saúde coletiva sem pensar na sociedade atual em que estamos inseridos e nas políticas vigentes é indissociável, como a própria autora diz são “políticas excludentes que concentram riqueza e fragilizam a vida social, aumentando de forma exponencial a demanda da população brasileira por ações e serviços públicos de saúde”, é evolução (avanços nas relações de produção – crescente evolução da tecnologia em diversas áreas) e defasagem das relações sociais, com um custo que é cobrado a população que mais precisa desses serviços.

Em contrapartida a essa lógica vemos a Constituição Federal que juntamente com o SUS estabeleceu diretrizes para garantir ao cidadão uma melhoria na qualidade de vida e posteriormente de saúde e através destes estabeleceu uma organização na lógica das ações e dos serviços de saúde. A partir dessa organização Pinheiro (2000), revela o surgimento de experiências ‘inovadoras e exitosas’ em diferentes regiões do país que nem sempre contavam com contextos favoráveis para seu desenvolvimento, mas que serviu para mostrar como a prática da ‘integralidade’ nesses espaços trazem força para o “surgimento de inúmeras inovações institucionais na organização da atenção a saúde”.

Pinheiro (2000) mais uma vez nos convida a tratar a ‘integralidade’ de forma a extrair o melhor que essa “ferramenta” tem a nos dá, agora a abordagem é a “Integralidade como fim na produção da cidadania do cuidado”, como a autora mesma diz em seu texto é o ‘cuidar integral’ voltado a construção de novas técnicas no cuidado aos usuários do SUS .

A ‘integralidade’ como fim na produção de uma cidadania do cuidado se dá pelo modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, em um cuidado que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político de sinceridade, responsabilidade e confiança entre sujeitos, reais, concretos e portadores de projetos de felicidade.

Entende-se o sujeito como ser real, que produz sua história e é responsável pelo seu devir. Respeita-se o saber das pessoas (saber particular e diferenciado), esses saberes históricos que foram silenciados e desqualificados, que representam uma atitude de respeito que possa expressar compromisso ético nas relações gestores/profissionais/usuários. (PINHEIRO, 2000, p. 260)

Sendo assim, a ‘integralidade’ pautada nessa visão de valorização dos sujeitos e do usuário como sujeito que merece um olhar para suas necessidades e respostas para suas demandas de modo a reafirmar a cidadania do cuidado como base das práticas de saúde, é o modelo a se seguir.

Entretanto, para que essas práticas integrais tenham notoriedade e se efetivem é necessário que a equipe e o serviço estejam em sintonia e para isso é necessário que ambos estejam se atualizando sempre (por meio de discussões permanentes, capacitação, utilização de protocolos e reorganização dos serviços). A integralidade é uma construção coletiva, é a contribuição de todos esses atores e sujeitos em prol de um objetivo em comum que é a produção do cuidado em saúde.

Nasi et al. (2009) destaca que a integralidade pode ser entendida em vários sentidos que entrelaçam e se complementam diante da complexidade de questões que envolvem a atenção em saúde. Um dos sentidos de integralidade é o entendimento da necessidade integral do sujeito, considerando seu contexto social, político, histórico, familiar, sanitário e

ambiental. Essa perspectiva de integralidade pressupõe ações de promoção prevenção e reabilitação como também, a articulação dos serviços necessários para o atendimento integral do usuário.

A noção de integralidade não admite conceber a ideia de que um usuário com várias enfermidades necessite encaminhar-se a pontos distintos do sistema de saúde para a resolução de seus problemas. As práticas das equipes de saúde devem ser pensadas vislumbrando o horizonte da população atendida, e não este ou aquele programa do Ministério da Saúde. Assim, os serviços de saúde não podem estar organizados exclusivamente para atender às doenças de uma comunidade, mas é indispensável que sejam capazes de apreender amplamente as necessidades da sua população, mesmo aquelas não contempladas ou que venham a surgir ao longo do processo de trabalho. (NASI et al., 2009, p.1)

Outro sentido, de acordo com Nasi et al. (2009), é que a integralidade pode ser entendida também, como a necessidade das respostas governamentais, programas, ações e projetos em saúde considerem, em sua formulação e execução, as reais necessidades do público alvo desses serviços, recusando a forma reducionista, fragmentada e focalizada dessas ações. Nesse sentido pensar a integralidade voltada para a saúde mental é considerar a necessidade de articulação entre seus três principais sentidos: a integralidade como norteadora das práticas profissionais, a integralidade como orientadora da organização do serviço e, a integralidade como direcionamento nas políticas públicas.

Na saúde mental, a integralidade da atenção objetiva permitir o contato e o acolhimento do sofrimento psíquico, apresentando respostas diferentes daquelas orientadas pelo modelo biomédico, que tem a doença como foco de intervenção. O desafio que se coloca é romper como a visão linear para ações de saúde e abarcar uma gama plural de outros profissionais para uma prática clínica que exige individualização do sujeito para que sua subjetividade seja escutada. A noção de integralidade pode ser considerada, também, como um eixo norteador de práticas e saberes que não estão restritos à organização de serviços ou à criação de modelos ideais, sendo essa noção compreendida como acesso e equidade. Para tanto, não basta a criação de novas unidades assistenciais, mas, sim, a ruptura com os valores segregadores de uma cultura psiquiátrica centrada no manicômio. Nesse sentido, concordamos que não é suficiente apenas a criação de novos serviços de saúde mental para a busca do princípio da integralidade, mas é necessário articular propostas que considerem as dimensões políticas, sociais, técnicas e científicas para a construção de modos de atenção orientadas pelo paradigma psicossocial, procurando garantir uma ruptura com o atendimento prestado no modelo biomédico. (NASI et al., 2009, p.1)

Essa transformação que a integralidade propõe ao modo de atuação em saúde mental põe em pauta a substituição do termo tratar, por seu caráter centrado na doença, pelo termo cuidar, entendendo a pessoa com transtorno mental em suas necessidades subjetivas, sociais, psíquicas, entre outras. O cuidado não deve ser entendido como “um procedimento técnico

simplificado, mas como uma ação integral, que é tratar, respeitar, acolher, atender o ser humano em seu sofrimento.” (NASI et al., 2009, p.1)

Vimos nesse capítulo que a partir da Reforma Psiquiátrica a interdisciplinaridade e a integralidade passam a ser práticas teórico-metodológicas que devem ocorrer na cotidianidade dos atuais serviço substitutivos de saúde mental. No entanto há muitas dificuldades, como o caráter centralizado das profissões, a burocracia institucional, a grande demanda, que podem dificultar a viabilização dessas perspectivas. Entender como acontece a relação entre interdisciplinaridade e integralidade na realidade do CAPS David Capistrano Filho é objetivo de nossa pesquisa, por isso se fez relevante entender essas categorias (interdisciplinaridade e integralidade) para poder relacioná-las com os dados subjetivos da pesquisa. Apresentamos no próximo capítulo como se dá a interdisciplinaridade e a integralidade no CAPS.

### **CAPITULO III - A Interdisciplinaridade e a Integralidade no CAPS David Capistrano Filho Aracaju/SE**

Dando continuidade a presente pesquisa, é chegado o momento de articular as três categorias abordadas, integralidade, interdisciplinaridade e saúde mental, com os dados encontrados na pesquisa de campo. Nesse sentido, o terceiro capítulo foi estruturado em diversos itens que apresentam a reflexão dos autores utilizados nos capítulos anteriores relacionada com as questões abordadas na pesquisa de campo. Entretanto, se faz relevante, antes de abordar as questões referentes ao objeto de pesquisa, tratar sobre o que é um CAPS, como se configura a atenção psiquiátrica em Aracaju e como se deu o processo de Reforma Psiquiátrica no estado de Sergipe. Abordamos, também, sobre aspectos da história do CAPS David Capistrano Filho.

Os demais itens do presente capítulo abordam os dados subjetivos dos profissionais que participaram da pesquisa de campo relacionados com os argumentos de alguns autores sobre a temática, o que nos possibilitou apresentar qual a relação que a integralidade e a interdisciplinaridade apresentam nos processos de trabalho desenvolvidos no CAPS David Capistrano Filho.

Além do perfil dos entrevistados, apresentamos aspectos importantes para entender como funciona a dinâmica de trabalho do CAPS e qual a sua relação com a rede de serviços. No intuito de preservar o anonimato dos entrevistados as falas que foram citadas foram identificadas por nomes fictícios.

#### **3.1 O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Tratar sobre os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS é falar de um passo fundamental conquistado ao longo da Reforma Psiquiátrica que se concretiza na construção de espaços que possibilitaram a substituição gradativa dos ultrapassados Hospitais Psiquiátricos por espaços diários de integração a população com transtorno mental.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004, p.9)

O primeiro CAPS que surgiu no Brasil foi inaugurado na cidade de São Paulo em 1986. Foi denominado como Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira e conhecido como CAPS da Rua Itapeva. (BRASIL, 2004).

Em meados de 1989 deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado que tinha como proposta a extinção progressiva dos manicômios e a regulação da atenção às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004). Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da portaria GM 224/92. Progressivamente foram surgindo, em outros municípios e regiões do país, a oferta desses serviços substitutivos de saúde mental desvinculado do ambiente dos hospitais psiquiátricos e do “enclausuramento” e isolamento da loucura.

Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”.

Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (BRASIL, 2004, p.12)

Como foi dito anteriormente o CAPS é um lugar de referência, ambiente criado para o atendimento e acompanhamento diário dos pacientes com transtorno mental e, sobretudo, para substituir a internação em hospitais psiquiátricos.

Os atendimentos prestados pelos CAPS são oriundos de uma articulação entre redes de serviços (serviços de saúde e social), que precisam estar em sintonia diante da pluralidade de questões que envolvem as pessoas com transtornos mentais. Os serviços prestados por essas instituições são divididos por território e essas redes de atenção necessitam estar sempre organizadas de forma a viabilizar o cuidado e “potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial” (BRASIL, 2004).

Dentre os objetivos do CAPS, estão:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias

conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;

- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental. (BRASIL, 2004, p.13)

Essas características dos CAPS estão voltadas à prática das atividades em ambiente aberto, que vão além da estrutura física, pois buscam conhecer e ocupar espaços de convívio social, respeitando a singularidade e a história de cada indivíduo.

Existem vários tipos de CAPS que são classificados de acordo com suas especificidades e demandas, os CAPS I, II e III, CAPSi e os CAPSad, possuem características semelhantes, são instituições abertas, comunitárias e voltadas para desenvolver atividades que visem a inclusão do usuário no convívio social e familiar, porém, diferenciam-se quanto ao tamanho do equipamento, dias e horário de funcionamento e tipo de usuários que atendem. (BRASIL,2004).

Os CAPS I e II são destinados para o atendimento de segunda a sexta, de adultos com transtornos mentais graves em seu território, os CAPS I abrangem os municípios com a população entre 20.000 e 70.000 habitantes e os CAPS II compreendem os municípios com a população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Alguns CAPS II podem funcionar em horário noturno, prestando atendimento até às 21 horas. Já os CAPS III, prestam atendimento à adultos com problemas mentais graves, diariamente e por 24 horas (BRASIL,2004).

O acolhimento noturno e a permanência nos fins de semana devem ser entendidos como mais um recurso terapêutico, visando proporcionar atenção integral aos usuários dos CAPS e evitar internações psiquiátricas. Ele poderá ser utilizado nas situações de grave comprometimento psíquico ou como um recurso necessário para evitar que crises emergjam ou se aprofundem. O acolhimento noturno deverá atender preferencialmente aos usuários que estão vinculados a um projeto terapêutico nos CAPS, quando necessário, e no máximo por sete dias corridos ou dez dias intercalados durante o prazo de 30 dias.(BRASIL, 2004, p.19)

Os CAPSi são voltados para o atendimento de crianças e adolescentes com algum tipo de transtorno mental. Autismo, psicose, neuroses graves e toda e qualquer criança que esteja impossibilitada de manter ou estabelecer laços sociais, por sua condição psíquica, pode procurar atendimento nessa instituição. As atividades desenvolvidas no CAPSi se assemelham as oferecidas nos CAPS, (atendimento individualizado, grupal ou familiar, visitas

domiciliares, atividades de inserção social, oficinas terapêuticas, atividades sócio culturais e esportivas e atividades externas) que são voltadas para as faixas etárias de cada grupo. (BRASIL,2004)..

Os CAPSad atendem a usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Possuem leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento e desintoxicação, objetivando uma evolução contínua dentro do planejamento terapêutico individual de cada usuário.

Os CAPSad desenvolvem uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar. (BRASIL, 2004, p. 24)

O CAPSad também deve atuar na prevenção ao uso abusivo ou dependente de álcool e outras drogas. Consiste em um processo de planejar e implementar várias estratégias no intuito de reduzir os fatores específicos de risco e fortalecer os fatores de proteção. Esse planejamento deve ser voltado para amenizar “as consequências globais do uso de álcool e droga”, entendendo que a abstinência total não deve ser uma regra e sim uma meta a ser alcançada. Para atingir tal fim, o CAPSad propõe atividades voltadas a conscientização dos malefícios causados pelo uso contínuo de substâncias psicoativas, reestabelecimento dos vínculos sociais e familiares, identificar através de atendimentos individualizados possíveis problemas pessoais e da suporte ao usuário, trabalhando na reconstrução de sua autoestima e inseri-lo em espaços de lazer que desfocalize o uso de drogas (BRASIL,2004).

### **3.2 Saúde Mental em Sergipe: aspectos sobre a história do CAPS David Capistrano Filho**

A partir do movimento de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial que estava ocorrendo em todo o país, o estado de Sergipe também adentra nessa nova perspectiva, repensando suas antigas práticas psiquiátricas e incorporando serviços substitutivos na atenção a saúde mental. De acordo com a FUNESA (2011), esse processo de Reforma Psiquiátrica em Sergipe se concretiza com o fechamento de dois hospitais psiquiátricos (Adaauto Botelho e Garcia Moreno), redução no número de leitos nas clínicas particulares e construção de uma rede de serviços comunitários nas regiões do estado. A construção desse



processo baseou-se no exemplo do município Santos, nos anos 1990, e nos ideais da Reforma Psiquiátrica Italiana.

Ao final de 1999, a Coordenação de Saúde Mental de Sergipe apresentou um relatório descrevendo um panorama situacional de toda a rede de assistência em saúde mental. A partir deste foram traçadas algumas estratégias de ação para serem iniciadas em 2000, tais como estímulo à implantação de Unidades de Saúde Mental em vários municípios do Estado, humanização do Centro Psiquiátrico Dr. Garcia Moreno (CPGM), supervisão dos Serviços de Saúde Mental, assistência farmacêutica com distribuição de 'kits' de medicação, implantação de Residências Terapêuticas e CAPS, treinamento em Saúde Mental para profissionais de PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (FUNESA, 2011, p. 37)

De acordo com a FUNESA (2011), a Gerência de Saúde Municipal em Aracaju, no ano 2000, iniciou o desenvolvimento de ações com foco na atenção primária na comunidade, realizando cursos de capacitações, “como o de Terapia comunitária”, que tratou-se de uma estratégia orientada pela prática de discussão coletiva de situações problemas considerando os aspectos da realidade social vivenciada pelas pessoas da comunidade. Ainda no mesmo ano, no município de Nossa Senhora do Socorro, o Centro Psiquiátrico Dr. Garcia Moreno, instituição de caráter asilar, iniciou um processo de transferência de 08 pacientes para a primeira Residência Terapêutica do estado que era gerenciada pela ONG Luz do Sol.

Naquele mesmo ano, foi fundado o CAPS Arthur Bispo do Rosário, serviço de natureza filantrópica, administrado pela ONG Luz do Sol, incentivado pelo Estado e que foi cadastrado pelo Ministério da Saúde como CAPS I, em novembro de 2002. Entretanto, a primeira iniciativa de serviço comunitário de saúde mental em Sergipe surgiu no município de Nossa Senhora da Glória, implantada pela ONG acima citada, o Projeto Luz do Sol, que, inicialmente, atendia a usuários com transtornos mentais, deficiência física, sensorial e mental. Este foi cadastrado como CAPS no mês de outubro de 2002. Posteriormente, foram implantados também outros serviços na capital e no interior do Estado. (FUNESA, 2011, p.37)

Em Aracaju houve a implementação de um projeto moderno denominado Equipes Itinerantes de Saúde Mental, no ano de 2001, que consistia na prática de contratar psiquiatras para juntamente com a equipe de saúde da família, prestar atendimento a demanda do município. Entretanto, o projeto não obteve muito sucesso, visto que a prática ainda estava muito centrada na presença da doença e consequentemente ligada a figura do médico. (FUNESA, 2011).

Segundo a FUNESA (2011), em 2002, o município de Aracaju já contava com a gestão plena do sistema de saúde e tornou-se possível, sendo a experiência pioneira do estado, a construção da rede de serviços de saúde mental. Tendo como base a experiência de Capinas/SP, esse processo se configurou com a construção de serviços substitutivos ao

manicômio, como os CAPS e a implantação de ambulatórios no Programa de Saúde da Família (PSF).

Adotou o modelo de atenção com foco na articulação entre usuários, familiares, comunidade e trabalhadores para a produção de saúde e inclusão social das pessoas com sofrimento e transtornos mentais, como também implantou um Colegiado Gestor para traçar a Política de Saúde Mental. Esta ação proporcionou mudanças na estrutura e na organização dos serviços. (FUNESA, 2011, p.36)

O marco fundante da mudança ocorrida na atenção e no cuidado as pessoas com transtorno mental, se deu com a inauguração do primeiro CAPS público de Aracaju. O CAPS David Capistrano Filho, na época CAPS II, inaugurou a incorporação de um vasto processo de mudanças, utilizando em suas práticas um modelo de atenção que considere os vínculos sociais e familiares do usuário e se responsabilizando pelo cuidado, priorizando mais eficácia e atenção às necessidades das pessoas com transtorno mental. (FUNESA, 2011).

Foram criados outros CAPS em Aracaju, ainda em 2002, como o CAPSad voltado para usuários dependentes do uso de substâncias psicoativas e o CAPS III, que foi intencionalmente instalado na estrutura física do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, no intuito de concretizar as propostas da reforma psiquiátrica naquele local. A estrutura física do Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP) do antigo hospital estava frágil e não foi capaz de dar suporte aos trabalhos psicossociais desenvolvidos pelo CAPS III. Alguns trabalhadores acreditavam que aquela estrutura manicomial (SEP) iria dominar o CAPS, no entanto aconteceu o contrário, em menos de 01 ano da implantação do serviço substitutivo, o SEP foi interditado. “Os leitos da urgência se somaram aos leitos de acolhimento noturno do CAPS III, acolhendo os usuários com descompensação de sua doença tanto de Aracaju quanto de outros municípios.” (FUNESA, 2011, p.36).

De acordo com a FUNESA (2011) em 2003, o CAPS David Capistrano Filho passou a prestar acolhimento noturno e funcionar por 24 horas, configurando-se como um CAPS III. Nesse mesmo contexto, nas clínicas particulares conveniadas pelo SUS, foram fechados 80 leitos psiquiátricos, foram impulsionadas ações de saúde mental no PSF e criados ambulatórios regionais denominados de Referência Ambulatorial em Saúde Mental.

A mudança no modelo assistencial e a ampliação da rede, para além dos CAPS III e AD e a implantação do CAPS infantil, provocou nos trabalhadores a necessidade de comunicação e interação nessa trama, para tratar de diversas questões que diziam respeito a um mesmo usuário. Com isso, foram realizadas várias oficinas com os trabalhadores de CAPS, ambulatórios e atenção básica a fim de compartilhar saberes entre eles, definindo coletivamente estratégias de cuidado dos usuários tanto no

CAPS quanto no PSF e ambulatorios para garantir a atenção às necessidades de saúde e o aproveitamento dos recursos existentes. (FUNESA, 2011, p. 36 – 37).

Com a consolidação desse processo de mudança na atenção psiquiátrica em Aracaju, foi necessário realizar uma divisão da cidade em 03 regiões, nesse sentido, a equipe gestora municipal estabeleceu que para cada Unidade Básica de Saúde de cada região, um CAPS se responsabilizaria por prestar atendimento às pessoas com transtorno mental da localidade e estabelecer um vínculo com a rede de serviços comunitários de sua área de abrangência. (FUNESA, 2011).

Uma rede de Atenção Psicossocial constitui-se de um conjunto de serviços que consolidam uma estrutura de cuidado às pessoas com transtornos mentais ou que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. Essa rede ou trama de serviços busca atender às necessidades de saúde dos usuários em um contexto mais amplo, utilizando-se para tanto de todos os equipamentos existentes no território, rompendo com o modelo anterior de cuidado que tinha como foco o asilamento, a exclusão e a consequente negação da cidadania. (FUNESA, 2011, p.34)

Em 2002, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH cujo objetivo era avaliar de forma regular a qualidade dos serviços hospitalares e prever um tempo mínimo para a realização da manutenção do funcionamento nessas instituições. Nesse sentido, todos os serviços de internação foram avaliados e receberam exigências para as devidas adequações necessárias para a melhoria dos serviços prestados. Em 2004, após passar por esse processo de avaliação o Centro Psiquiátrico Garcia Moreno, teve que mudar radicalmente sua estrutura ainda com características manicomiais para uma instituição aberta, o que culminou em seu fechamento dois anos depois. (FUNESA, 2011)

Entre os anos de 2005 e 2006, os 89 pacientes que continuavam em situação de confinamento no Centro Psiquiátrico Dr. Garcia Moreno foram gradativamente desinternados, retornando às suas famílias de origem ou encaminhados a Residências Terapêuticas, totalizando ao final do processo um número de 18 Serviços Residenciais Terapêuticos implantados no Estado de Sergipe, encerrando o processo de fechamento daquele Centro Psiquiátrico. (FUNESA, 2011, p.39).

De acordo com Filho, Machado e Vasconcelos (2013), embora o processo de reforma psiquiátrica em Aracaju-Sergipe seja recente, o estado chegou a ser referência nacional na qualidade dos serviços prestados na Rede de Atenção Psicossocial. O município chegou a contar com a estruturação de uma rede de atenção psicossocial baseada nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica “(um CAPS I, um CAPS i/AD, um CAPS AD III, três CAPS III,

quatro residências terapêuticas, assistência ambulatorial, retaguarda de uma urgência mental e do SAMU, articulação do cuidado com a atenção básica)” (FILHO; MACHADO; VASCONCELOS, 2013, p. 95) Entretanto, os referidos autores no mesmo texto, alertam para a necessidade de organização dos trabalhadores, familiares e usuários da saúde mental para lutarem contra o retrocesso dos avanços conquistados com a Reforma Psiquiátrica o que, com a atual conjuntura, vem acontecendo.

A tabela exibida a seguir, de Acordo com Gomes, et al. (2012), demonstra como está estruturada a rede de atenção psicossocial em Aracaju.

**TABELA 1:** Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju (continua)

CAPS	UNIDADES SAÚDE DA FAMÍLIA		BAIRROS	
<b>DAVID CAPISTRANO FILHO</b>	<b>POLO 1</b>	<b>POLO 2</b>	ATALAIA	PONTO NOVO
	USF Antônio Alves	USF Hugo Gurgel	AUGUSTO FRANCO	POV. AREIA BRANCA
	USF Augusto César Leite	USF Minist. Costa Cavalcante	COROA DO MEIO	ROBALO
	USF Augusto Franco	USF Ávila Nabuco	GRAGERU	SALGADO FILHO
	USF João bezerra	<b>USF Dona Sinhazinha-</b>	INÁCIO BARBOSA	SANTA MARIA
	USF Niceu Dantas	<b>(Referência em Saúde Mental)</b>	JABOTIANA	SANTA TEREZA
	<b>USF Sta Terezinha</b>	USF Dr. Max de Carvalho	JARDIM ESPERANÇA	SÃO CONRADO
	<b>(Referência em Saúde Mental)</b>	USF Irmã Caridade	LUZIA	SOL NASCENTE
	USF Osvaldo Leite	USF Madre Tereza de Calcutá	MÉDICE I, II E III	13 DE JULHO
	USF Elizabeth Pita	USF Manoel de Souza Pereira	MOSQUEIRO	17 DE MARÇO
	USF Geraldo Magela		ORLANDO DANTAS	
	USF Humberto Mourão			
	<b>USF Celso Daniel</b> <b>(Referência em Saúde Mental)</b>			
<b>LIBERDADE</b>	<b>POLO 2</b>	USF Maria do Céu	AMERICA	JOSÉ CONRADO DE ARAÚJO
	USF Joaldo Barbosa	<b>USF Dona Jovem</b>	CAPUCHO	NOVO PARAÍSO
	USF Fernando Sampaio	<b>(Referência em Saúde Mental)</b>	CASTELO BRANCO	PALESTINA
	<b>USF Edézio Vieira de Melo</b>	USF Amélia Leite	CENTRO	PEREIRA LOBO
	<b>(Referência em Saúde Mental)</b>	USF Cândida Alves	CIRURGIA	SANTO ANTÔNIO
	USF Adel Nunes	<b>USF Francisco Fonseca</b>	COSTA E SILVA	SÃO JOSÉ
		<b>(Referência em Saúde Mental)</b>	GETÚLIO VARGAS	SIQUEIRA CAMPOS
	<b>POLO 3</b>		INDUSTRIAL	SUÍSSA
	USF Osvaldo de Souza	<b>POLO 4</b>		18 DO FORTE
	<b>(Referência em Saúde Mental da infância e adolescência)</b>	USF João Cardoso N Junior (CSU)		

FONTE: Roda REAPS, 2012.

**TABELA 1:** Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju (conclusão)

CAPS	UNIDADES SAÚDE DA FAMÍLIA		BAIRROS	
<b>JAE PATRÍCIO DE LIMA</b>	<b>POLO 3</b>		ALMIRANTE TAMANDARÉ	LAMARÃO
	USF José Augusto Barreto	USF José Quintiliano F. Sobral	BUGIO	OLARIA
	USF Porto Dantas	USF Renato Mazze Lucas	CIDADE NOVA	PORTO DANTAS
	USF José Machado de Souza	USF Lauro Dantas Hora	COQUEIRAL	SANTOS DUMONT
	USF Eunice Barbosa	USF João Oliveira Sobral	JAPÃOZINHO	SÃO CARLOS
		USF Carlos Hardmam Côrtes	JARDIM CENTENÁRIO	SOLEDADE
	<b>POLO 4</b>	USF Walter Cardoso	JETIMANA	VENEZA
	<b>USF Anália de Pina Assis</b>	<b>USF Carlos Fernandes de Melo</b>		
	<b>(Referência em Saúde Mental)</b>	<b>(Referência em Saúde Mental)</b>		
	USF Onésimo Pinto			

FONTE: Roda REAPS, 2012

Direcionamos a nossa análise, a partir de então, ao CAPS III: David Capistrano Filho, objeto de estudo da presente pesquisa. Pela falta de produção teórica que tratem sobre a história da instituição não foi possível apresentar dados históricos de forma mais detalhada sobre o CAPS. Entretanto, a partir dos dados empíricos encontrados na pesquisa de campo, construímos um panorama geral de como se dá a atenção no cuidado às pessoas com transtorno mental na instituição.

### 3.3 Equipe Multiprofissional do CAPS David Capistrano Filho - Perfil dos Entrevistados

Como já foi sinalizado anteriormente, o CAPS deve prestar uma gama de serviços que visem atender a pluralidade de questões que envolvem a pessoa com transtorno mental. Nesse sentido, a partir da conquista e consolidação desse espaço a atenção em saúde mental passou a contar com a atuação de equipes multiprofissionais, visando um atendimento interdisciplinar e integral ao usuário. Para tal fim, devem atuar no CAPS profissionais de diferentes áreas, de nível superior, médio e de outras especificidades, se forem necessárias, de acordo com as atividades desenvolvidas no CAPS.

Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha. Todos os CAPS devem obedecer à exigência da diversidade profissional e cada tipo de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad) tem suas próprias características quanto aos tipos e à quantidade de profissionais. (BRASIL, 2004)

Os tipos e quantidade de profissionais que devem atuar em cada CAPS são determinados por exigências que são estabelecidas de acordo com as características das atividades que desempenham. Os profissionais envolvidos devem fazer acolhimento aos usuários, participar na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) juntamente com o usuário, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar dos mesmos espaços de convivência e estar de prontidão para administrar qualquer problema que venha ocorrer na instituição durante o período de funcionamento. Se faz necessário destacar, que não é objetivo do CAPS estabelecer uma relação de dependência do usuário com a instituição, visto que trabalha “na reconstrução dos laços familiares e comunitários que irá possibilitar a autonomia do usuário.” É nesse sentido que se percebe a importância de uma rede intersetorial de serviços articulada que desenvolva a continuidade do cuidado. (BRASIL, 2004).

O CAPS David Capistrano Filho, de acordo com o Conselho Regional de Psicologia (2016), conta com uma equipe multiprofissional de 60 profissionais e presta atendimento a 600 usuários com transtornos mentais graves, metade desse número frequenta o CAPS diariamente. A equipe é composta por assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, médicos, enfermeiros e oficinairos, além da equipe de serviços de limpeza, cozinha e segurança. O CAPS David é classificado, atualmente, como um CAPS III, por prestar atendimento noturno por 24 horas em sua área de abrangência.

O perfil dos entrevistados compreende parte dos profissionais de nível superior que trabalham à tarde na instituição. Como descrito na metodologia, tentamos garantir a participação de um representante de cada profissão na pesquisa. Entretanto, não conseguimos entrevistar um representante dos oficinairos. As categorias profissionais que conseguimos entrevistar foram: assistente social, farmacêutico, psicóloga, médica psiquiatra, enfermeira e terapeuta ocupacional. Referente ao tempo de atuação na saúde mental, o tempo mínimo foi de 01 ano enquanto o tempo máximo foi de 27 anos. Já em relação ao tempo de inserção na instituição, o mínimo foi de 01 ano e o máximo de 14 anos. Segue tabela apresentando o perfil dos entrevistados:

**TABELA II:** Perfil dos Entrevistados.

<b>Núcleo profissional:</b>	<b>Ano de formação:</b>	<b>Tempo de inserção na Saúde Mental:</b>	<b>Tempo de inserção no CAPS David Capistrano:</b>
Assistente Social	2011	12 anos	12 anos
Farmacêutico	2009	01 ano	01 ano
Psicóloga	2002	12 anos	12 anos
Médica Psiquiatra	1989	27 anos	14 anos
Enfermeira	1998	06 anos	06 anos
Terapeuta Ocupacional	2002	14 anos	12 anos

FONTE: Confeção própria, 2016.

### **3.4 Educação Permanente no CAPS David Capistrano Filho**

Existem diversos espaços e meios na sociedade em que podemos encontrar a construção do conhecimento e processos que viabilizem o ensino-aprendizagem dos sujeitos que compartilham do mesmo grupo social, da mesma comunidade ou do mesmo espaço de trabalho. Na cotidianidade aprendemos a compartilhar o saber adquirido a partir de nossa própria vivência e também aprendemos através das experiências de outras pessoas que compartilham conosco seus significados e sentidos sobre determinado aspecto da vida social. Nesse sentido é que o saber técnico do profissional que atua em saúde não deve se limitar aos conteúdos e especificidades de sua área de formação. Diante da pluralidade de questões colocadas pela prática cotidiana, se constitui uma estratégia de atualização do conhecimento profissional a socialização de “saberes científicos, valores éticos, saberes da prática, enfim todo um conjunto de elementos que conformam o modo de ser e o saber-fazer dos profissionais.” (FUNESA, 2011, p.18).

De acordo com a FUNESA (2011), o processo de Educação Permanente em Saúde propõe a construção do conhecimento a partir da análise de situações-problemas encontradas na cotidianidade dos trabalhadores desses serviços, visando à negociação coletiva sobre as possíveis respostas e o compartilhamento de sentidos e significados entre as diversas

profissões. Para além da discussão e problematização das questões práticas dos serviços, a educação permanente possibilita, também, a análise conjuntural do contexto em que se inserem os serviços de saúde.

Ao enunciar coletivamente os problemas identificados no cotidiano do trabalho, e propor novos pactos de organização produtiva, os processos de educação permanente propiciam a revisão das práticas de saúde, a socialização de saberes e apontam para mudança das próprias instituições de saúde. Por isso, essa forma de educação é identificada como uma estratégia para transformação dos processos de trabalho, mudanças e implantação de novos modelos assistenciais. (FUNESA, 2011, p. 18)

Pelo seu caráter abrangente e coletivo a educação permanente é entendida em dois aspectos indissociáveis: didático-pedagógico e político. Didático-pedagógico porque destaca a necessidade de atualização das práticas pedagógicas e propõe a substituição de métodos didáticos focados em apenas um saber por métodos que dialoguem e problematizem coletivamente sobre os objetos de aprendizagem e trabalho. Político porque se ancora na necessidade de criação de “um espaço de negociação coletiva e democracia participativa em nível institucional”. (FUNESA, 2011, p.21)

A partir da portaria 198/GM/MS de 2004, a educação permanente deixa de ser uma perspectiva teórico-metodológica e se torna uma política governamental que institui a educação permanente como estratégia do SUS para o desenvolvimento de seus trabalhadores.

Como política de saúde estratégica para a implantação do SUS, a educação permanente deve ser articulada sobre várias frentes, incidindo sobre a formação dos profissionais nas instituições de ensino; sobre a qualificação dos trabalhadores nos serviços de saúde; capacitando gestores, dotando-os de novos modos de organizar a gestão dos serviços de saúde e as redes assistenciais; e, por fim, articulando o controle social, para que esse segmento também possa ser qualificado na sua atuação junto ao delineamento e acompanhamento das políticas de saúde. (FUNESA, 2011, p.20)

Entendendo a importância do processo de educação permanente na política de saúde e considerando-o como uma forma de garantir a interdisciplinaridade nas relações de trabalho, argumentamos que saber se esse processo ocorre de fato no CAPS David Capistrano Filho, se faz essencial para alcançarmos os objetivos propostos pela pesquisa. Nesse sentido, questionamos aos entrevistados se os mesmos passam ou passaram por esse processo de atualização do conhecimento na instituição.

Através de análise dos conteúdos das entrevistas foi possível perceber em relação a essa temática que dos profissionais entrevistados apenas os que tinham mais tempo de



inserção na instituição passaram por um processo de educação permanente, mas que atualmente não há atualização. O que existe são estratégias dos próprios profissionais para está sempre discutindo textos, temáticas, situações ou participando de capacitações que ocorram para além da instituição.

Na época de minha inserção no CAPS, havia processo de educação permanente, era outra gestão, outra conjuntura política e econômica. Nos primeiros 04 anos sempre aconteciam esses processos de educação permanente, porém atualmente isso não é mais ofertado pela gestão, o que ocorre são estratégias dos próprios profissionais que buscam sempre está em eventos e se especializando. (Maria)

No município de Aracaju quando eu entrei em 2004, a gente teve uma semana de Educação Permanente que foi um processo de educação pedagógica voltada só para saúde mental. Então teve como se fosse uma capacitação específica na área de saúde mental pra a gente poder atuar no CAPS. (Roberto)

Entretanto dentre os profissionais entrevistados que atuam na instituição a menos tempo, observou-se que não houve nenhum tipo de capacitação ou processo educacional voltado para o preparo do profissional frente as diversas questões que envolve a saúde mental.

Na época que entrei no CAPS não houve processo de educação permanente, houve apenas uma reunião para falar de forma abrangente sobre saúde mental. Só houve esse momento inicial, não há atualização. (Marcos)

Não passei por nenhum processo de educação permanente. Apenas foi realizado um curso em relação a você saber o que era a contenção e logo no início [...] Foi muito falho, mas pelo menos teve uma acolhida e até então, eu particularmente não tive nenhuma atualização profissional vinda daqui do serviço, da gestão. (Jéssica)

Diante dos dados obtidos acerca dessa questão foi possível perceber que o processo de educação permanente, tido como uma política governamental, teve ênfase no início da instauração da rede de atenção psicossocial em Aracaju, que chegou a ser considerada referência nacional pela organização de suas ações. Entretanto, como já alertava Filho, Machado e Vasconcelos (2013), com a atual conjuntura neoliberal e desmonte das políticas públicas, os serviços substitutivos de saúde mental também são atingidos, configurando-se como um processo de institucionalização da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido compreendemos que o motivo dos profissionais mais antigos da instituição terem passado por processo de educação permanente está ligado a época em que os mesmos se inserem no serviço, visto que foi um período em que os serviços de saúde mental no estado estavam em visibilidade.

### 3.5 Os processos de trabalho desenvolvidos no CAPS David Capistrano Filho

De acordo com Gomes et al (2012), prioritariamente a atuação no CAPS deve ocorrer em espaços coletivos, onde os grupos, assembleias de usuários e reuniões de equipe ocorram de forma vinculada com os outros serviços da rede de saúde e outra políticas. Entretanto, existem processos de trabalhos que são desenvolvidos nos CAPS, que são as atividades que são realizadas dentro da própria instituição e articuladas com os demais serviços, visando garantir à integralidade no atendimento as questões do usuário.

Os processos de trabalho que devem ser desenvolvidos nos CAPS são: acolhimento, Projeto Terapêutico Singular (PTS), trabalho em equipe, reunião de equipe, técnico de referência, visita domiciliar, apoio matricial, atendimento ( individual e grupal ), acolhimento noturno, educação permanente, trabalho com a família, geração de renda, assembleia com usuários, roda de conversa ampliada, grupos de trabalho, entre outros. Trataremos sobre os principais processos de trabalho no CAPS.

Acolhimento – De acordo com Yasui (2010), o conceito de acolhimento encontra-se ancorado no relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental e apresenta dois aspectos importantes. O primeiro diz respeito ao caráter acolhedor, baseado no vínculo e na tomada de responsabilidade do cuidado por parte da equipe, que as ações devem ter. O acolhimento deve incluir ações voltadas para a família do usuário e desenvolver projetos de inserção social respeitando sua individualidade e sua cidadania. O segundo aspecto chama a atenção para a necessidade de reorientação dos serviços da rede de atenção a saúde mental considerando a atenção primária como polo de ações articuladas sob a perspectiva do “acolhimento, vínculo e heterogeneidade”. O autor chama atenção ainda para o significado literal do termo acolher, dar ou receber hospitalidade, ter ou receber alguém, e entende que é este o sentido que o acolhimento nos CAPS deve ter, visto que se configura como um momento de encontro onde equipe, usuário e família irão dar o ponto de partida na construção de um projeto de cuidados. (YASUI, 2010).

Projeto Terapêutico Singular (PTS) – Segundo Gomes et al (2012), se configura como um agrupamento de práticas terapêuticas que, de forma articulada, são propostas a um grupo ou indivíduo. Resulta da discussão coletiva entre os profissionais da equipe técnica no intuito de estabelecer contratos com o sujeito sobre sua condição de vida e saúde. O PTS é constituído por quatro etapas, de acordo com Política Nacional de Humanização.

**O diagnóstico:** que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social. Deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças com as doenças, os desejos e os interesses, como também o trabalho, a cultura, a família. Ou seja, tentar entender o que o sujeito faz de tudo que fizeram dele.

**Definição de metas:** uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.

**Divisão de responsabilidades:** é importante definir as tarefas de cada um com clareza.

**Reavaliação:** momento em que se discutirá a evolução e se fará as devidas correções de rumo. (GOMES et al, 2012, p.13).

Técnico de Referência (TR) – Profissional que se responsabiliza por monitorar o PTS do usuário, contato com os familiares e avaliação das metas estabelecidas no projeto e discutidas em equipe. É importante salientar que o TR não é o único da equipe que se responsabilizará pelo paciente, mas, se configura como “um articulador e monitor do Projeto Terapêutico Singular”. (GOMES et al, 2012)

Apoio Matricial – Para tentar horizontalizar as relações hierarquizadas, propondo o atendimento, discussão e formulação do PTS de forma conjunta, não só dos profissionais do CAPS, mas, envolvendo também a equipe dos outros serviços de saúde e sociais, o apoio matricial centra-se na necessidade de comunicação entre redes. É papel do CAPS realizar ações voltadas para a preparação dessas equipes para o acolhimento das pessoas com transtornos mentais. Esse contato com as equipes de saúde e das outras políticas deve ocorrer periodicamente através da ida de representantes da equipe técnica do CAPS a essas instituições. (GOMES et al, 2012)

Com relação aos processos de trabalho que são desenvolvidos no CAPS David Capistrano Filho houve uma confluência em relação às respostas dos profissionais entrevistados. De modo geral, os processos de trabalhos são compartilhados por todos da equipe o que demonstra que nesse aspecto, a interdisciplinaridade vem ocorrendo na instituição.

A gente trabalha na perspectiva da interdisciplinaridade mesmo, acho que é um dos poucos serviços da saúde que ainda trabalha nessa perspectiva [...] Aqui todo mundo usufrui, utiliza e participa do serviço de uma forma geral. A gente se insere dentro dos serviços, tal qual os demais profissionais, trazendo a contribuição da nossa área profissional, nos momentos de reunião técnica, das discussões de caso, da construção do PTS, colaborando com o matriciamento, contribuindo com as diversas atividades. A gente traz o que é específico da nossa profissão tentando partilhar, aprender o que o outro tem e partilhar o que a gente tem, construindo assim, um saber mais geral, um saber coletivo que é de todos nós. (Lúcia)

Entretanto, apesar de encontrarmos em comum nas falas dos entrevistados, a presença da prática interdisciplinar nos processos de trabalho que são desenvolvidos no CAPS, deparamo-nos também com uma série de questões que perpassam essa prática colocando desafios nas atuações profissionais. Questões como problemas na estrutura física do CAPS, ausência de processos de atualização e educação permanente dos profissionais e falta de receptividade e entendimento por parte das equipes de saúde das UBS do que seja o matriciamento e sua importância, também foram levantadas pelos entrevistados.

Em relação também ao matriciamento a gente fazia bastante como processo de trabalho, porém a gente não tinha uma contrapartida das unidades básicas, eles acham que esse processo de trabalho de matriciamento é a gente chegar com o psiquiatra lá e da à medicação, e não é, é questão de vínculo com o usuário, tentar fazer as contrapartidas pra a gente poder desenvolver um trabalho mais adequado, infelizmente as unidades básicas de saúde não vêm dessa forma. Tem a questão das visitas domiciliares que constantemente nós fazemos. Em relação ao acolhimento diurno a gente tenta sempre visualizar qual o usuário que precisa desse acolhimento pra a gente ta avaliando de perto como é que esta a problemática dele e o acolhimento noturno que é o paciente em crise franca, que a gente consegue tentar sublimar a situação dele fisiológica e mental. (Jéssica)

A gente tem o apoio matricial, que ofertamos para as unidades básicas de saúde, que é levar o nosso conhecimento sobre a saúde mental para as pessoas poderem orientar com quem tem transtorno mental lá na comunidade. [...] lógico que por ta próximo a UBS Hugo Gurgel, a gente tem mais parceria, uma relação com os casos pela proximidade do território, mas também, a gente não deixa de atender as outras UBSs e é ai onde a gente se divide por duplas. Cada UBS tem uma dupla de profissionais que dá esse suporte no apoio matricial, que já foi muito mais potente, com agenda quinzenal ou mensal, a gente se deslocava pra UBS pra fazer uma reunião com a equipe de saúde da família. Com o passar do tempo não só o programa de saúde de Aracaju foi ficando fragilizado e nisso o apoio matricial na saúde mental também foi se fragilizando e a gente deixou de fazer essas agendas permanentes. Hoje em dia só ações esporádicas, muita coisa feita por telefone, até porque a demanda é grande e pra você conseguir horário disponível e transporte para está atendendo todas as UBSs requer recurso humano e tempo, e a gente as vezes não consegue. (Roberto)

A maioria dos entrevistados destacaram os processos de trabalho que acontecem no CAPS David Capistrano Filho que de forma geral compreendem o processo de acolhimento ao usuário, construção do PTS, acompanhamento do técnico de referência, desenvolvimento de oficinas terapêuticas, apoio matricial, reunião de equipe, entre outros. Entretanto, uma atividade merece destaque visto que é priorizada pela equipe independente da conjuntura pela qual a instituição esteja passando. Trata-se da Assembleia de Usuários.

[...] a Assembleia do CAPS que a gente vem fazendo desde quando o CAPS inaugurou em 2002, ininterruptamente. Desde quando a gente assumiu em 2004 que a única atividade que nunca deixou de ocorrer no CAPS foi a assembleia, mesmo nos momentos de reforma, nos momentos que o CAPS estava fechado porque não tinha condições físicas de receber um quantitativo de usuários, a gente optava por só ficar fazendo assembleia no CAPS, para não perder vínculo e para ta passando

informações, e a gente tem um projeto “Assembleia de CAPS que lugar é esse?”, que em 2012 ganhou um edital do Ministério da Saúde de 15 mil reais pra compra de material e poder desenvolver o projeto, que vem sendo desenvolvido. (Roberto)

Analisando os conteúdos das entrevistas referente a essa questão concluímos que apesar de todas as dificuldades encontradas, os processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais entrevistados é permeado de estratégias profissionais que viabilizam a prática interdisciplinar no CAPS. Entretanto, situações que independem da equipe como a grande demanda institucional, falta de recursos, ausência de estratégias por parte da gestão que melhorem as condições de trabalho, limitam essas ações e inviabiliza que as práticas integrais perpassem as fronteiras do CAPS.

### **3.6 Interdisciplinaridade no CAPS David Capistrano Filho**

A interdisciplinaridade é colocada como perspectiva para a saúde mental a partir do movimento de desinstitucionalização dos serviços de saúde ocorrido nas décadas de 1970 e 1980. A partir disso, a inserção de equipes multidisciplinares nos serviços substitutivos de saúde mental tornou-se obrigatória, como meio de descentralizar a prática que estava centrada no saber médico e na doença e propor uma construção do saber coletivo a partir de práticas interdisciplinares. Sobre esse conceito, que já tratamos no capítulo II, se faz importante destacar que é essencial que a gestão desses serviços disponibilizem espaços como capacitações, reuniões ampliadas, estudos coletivos, entre outros, como meio de possibilitar a potencialização dos saberes entre os diferentes profissionais.

Considerando tais aspectos é que se faz relevante questionarmos se no CAPS David Capistrano Filho esses espaços de construção coletiva vem acontecendo. Já foi possível perceber, através da argumentação dos profissionais entrevistados na questão anterior, que a prática interdisciplinar ocorre entre os profissionais, independentemente da gestão disponibilizar ou não capacitações e outros espaços de construção coletiva. No entanto, ao analisarmos o conteúdo das entrevistas referente a essa questão pudemos perceber que todos os entrevistados afirmam que as reuniões entre equipe acontecem cotidianamente, como própria estratégia da equipe. Já as capacitações, igualmente ao processo de educação permanente, aconteciam mais no início da implantação do serviço.

Bem no começo teve, quando os serviços abriram e que a gente logo passou pelo concurso. Todo trabalho é feito na perspectiva de que a equipe se constituísse de uma forma interdisciplinar, todo o trabalho era pensado para a gente não se isolar

nos nossos núcleos profissionais. Ultimamente não tem sido mais assim, tem muito tempo que a saúde mental está abandonada mesmo. Algumas pessoas são daquela época, então a gente tem isso construído e trabalha na perspectiva da interdisciplinaridade, mas, por exemplo, colegas que chegaram algum tempo depois já não tiveram como usufruir tanto de momentos como esse que a gente usufruiu, de ter espaço de educação permanente, de vir pessoas de fora com experiências diferentes, experiências de gente que começou os serviços de saúde mental em outros lugares como Campinas, Santo André. Hoje em dia já não tem mais tanto isso, uma vez ou outro que vem alguém na semana da luta anti-manicomial. Antigamente a gente tinha duas, três capacitações por ano, grandes capacitações de dois, três dias. Reunião técnica ocorre semanalmente, o espaço de gestão do serviço onde a gente constrói pra dentro, onde a gente delibera as questões internas do serviços, onde a gente discute PTS do usuário, onde a gente debate o nosso processo de trabalho. As reuniões sim, reunião, debate. Agora as capacitações aí não. (Lúcia)

Reuniões e debates acontecem a todo momento, a capacitação é mais raro acontecer. O processo de aprendizado parte mais do diálogo com os outros profissionais, a capacitação é está aqui e dividir o tema com todo mundo. Por parte da gestão não há incentivo a capacitação dos profissionais. (Marcos)

Sobre a necessidade de espaços de reuniões ampliadas e capacitações, os profissionais destacam que houve no começo da implantação do serviço uma estratégia para além do CAPS, denominada Roda REAPS que consistia em uma reunião ampliada envolvendo várias categorias profissionais da Rede de Atenção Psicossocial onde era possível discutir a saúde mental no município. Atentam também, que até os profissionais que tem mais tempo de inserção na instituição precisam de capacitações para a atualização do conhecimento e análise crítica de sua prática, visto que, por vezes apenas o contato com quem está inserido no mesmo serviço não é suficiente e se faz necessário conhecer outras experiências. Se constitui uma exigência da categoria profissional que a Secretaria da Saúde desenvolva capacitações para atualização dos profissionais.

### **3.7 O Projeto Terapêutico Singular no CAPS David Capistrano Filho**

Como já apresentamos no item que trata sobre os processos de trabalho desenvolvidos no CAPS, o Projeto Terapêutico Singular como um deles, consiste na prática de agrupar práticas terapêuticas e de forma articulada, apresentá-las ao usuário, levando em consideração nesse processo, os aspectos subjetivos, vínculo com a família e a inserção social do mesmo. Deve resultar da discussão coletiva de todos os profissionais do serviço no intuito de oferecer uma gama de possibilidades ao usuário, o qual vai escolher dentro de opções pré-estabelecidas quais atividades terapêuticas se identifica com a sua particularidade. Se faz importante salientar que esse processo de trabalho não se dá apenas no momento de inserção do usuário no CAPS, após traçado o diagnóstico, o usuário passa a ter metas em seu

tratamento e com ajuda de seu Técnico de Referência e de toda a equipe, esse projeto será desenvolvido. No entanto, o PTS deve ser avaliado coletivamente constantemente a fim de perceber as evoluções no quadro do paciente e caso seja necessário fazer as devidas readequações.

Quando questionados sobre o envolvimento de todos os profissionais da equipe na definição do PTS encontramos, analisando o conteúdo das entrevistas sobre essa questão, uma unanimidade nas respostas dos profissionais. Todos os entrevistados destacam que sempre tentam garantir o envolvimento dos outros profissionais da equipe multidisciplinar nas ações que desrespeito ao PTS. Entretanto, isso não tem acontecido em todos os momentos, visto que o aumento na demanda institucional e dinâmica de trabalho no CAPS não permite.

[...] apesar de todas as dificuldades que a gente tem, vem tendo ultimamente, eu acho que é um exercício que a gente faz sempre de pensar quais as melhores estratégias para o cuidado daquela pessoa, quais são as ações que a gente tem que articular no território junto com a família, o que a gente planeja e o que acha que o usuário vai ter uma outra resposta. Eu acho que isso a gente faz isso todos os dias, todos os momentos, o dia inteiro desde a hora que chega até a hora que sai. (Lúcia)

Sim, eu não diria que pra todo usuário todos os profissionais participam, mas corriqueiramente isso acontece. Às vezes quem constrói é somente o usuário, o técnico responsável e a família. (Maria)

Diante dos argumentos apresentados concluímos, com relação a essa temática, que o que inviabiliza que obrigatoriamente todos os profissionais que atuam em determinado turno no CAPS, participem e discutam os processos de definição, construção e avaliação do PTS de cada usuário, seja a demanda institucional. No entanto, percebe-se que em vários momentos da cotidianidade desses profissionais esse diálogo ocorre, principalmente nas reuniões de mini equipe, e é mediado muito pela demanda, isto é, o profissional técnico de referência está com dificuldade em relação a algum aspecto do PTS de determinado paciente, vai discutir com a equipe e coletivamente irão traçar a melhor estratégia a ser estabelecida.

### **3.7.1 A participação do usuário no PTS**

De acordo com Yasui (2010), o PTS além de ter um caráter singular, apresenta um aspecto múltiplo no que diz respeito ao leque de ações que podem ser desenvolvidas coletivamente. Apesar de carregar a subjetividade de um indivíduo, esse projeto terapêutico não se desenvolve de forma desarticulada das ações coletivas desenvolvidas no CAPS. Ainda de acordo com o autor, a construção do PTS se constitui como um desafio, visto que, no

momento crítico de inserção do usuário no serviço a construção do vínculo deve ser reforçada no momento de acolhimento, recepção e apreensão do mundo do usuário. “Vínculos iniciais são frágeis e demandam uma atenção e um cuidado especial. Um descuido, uma desatenção qualquer, e eles se rompem, se quebram.” (YASUI, 2010, p. 149).

Nesse sentido, com relação à participação do usuário na definição do PTS no CAPS David Capistrano Filho, a maioria dos entrevistados afirmam que essa prática ocorre na instituição.

Ele participa de tudo. Toda vez que a gente tem que pactuar alguma coisa com o usuário a gente tenta inseri-lo nessa discussão. Então nas nossas intervenções, já está posto que o usuário é fundamental no processo. A família, o usuário, a discussão é feita com todos a quem interessa o PTS, inclusive e principalmente o usuário. Ele é o maior interessado. (Lúcia)

O usuário participa da definição do PTS, como já havia dito, é feito em parceria, usuário, família e técnico de referência. (Marcos)

Entretanto, alguns profissionais apontam que apesar da participação do usuário na definição do PTS, nem sempre isso garante por si só que a subjetividade do usuário esteja sendo considerada. Sobre esse aspecto Yasui (2010) aponta que o que determina a qualidade das ações que venham a ser desenvolvidas no PTS, é o leque de opções dentre as quais o usuário pode escolher. “Isso significa não abrir mão de nenhuma ferramenta.” (YASUI, 2010, p. 149).

O usuário na construção do PTS é chamado e é questionado sobre o que ele gosta de fazer. Claro que o leque de opções não é tão vasto assim, ele escolhe dentro das possibilidades do caps. (Maria)

Diretamente eu não vejo que o usuário consiga expor o que ele quer ou deixe de querer. Ele não tem uma participação direta, o que a gente consegue entender é analisar a resposta do usuário mediante aquele PTS e questionar (porque você não quer vir a uma oficina?) (Jéssica)

A partir de tais colocações concluímos, em relação a essa questão, que a participação do usuário na definição do PTS ocorre na instituição. Contudo, para garantir que a subjetividade de cada usuário seja considerada se faz necessário, para além da atuação dos profissionais, que hajam condições conjunturais, estruturais, físicas e econômicas que viabilizem a implementação das ações ofertadas pelo CAPS.

### **3.8 A Rede de Saúde Básica e o CAPS David Capistrano Filho**



O conceito de território, no contexto dos atuais serviços de saúde, adentra em uma perspectiva para além da sua área geográfica, ou seja, consideram também como parte desse conceito as relações sociais, culturais, as pessoas que ali vivem, as instituições e os cenários de determinado local. É nesse sentido, que a rede de atenção psicossocial deve ser organizada, pensando a articulação de todos os espaços da localidade em que esta inserida, serviços de saúde, sociais, culturais, educacionais, de lazer e do trabalho, para a inclusão das pessoas com transtorno mental nesses espaços. Entendendo essa premissa, consideramos que o contato dos usuários com as UBS pode ser a porta de entrada para os demais serviços da rede, nesse sentido é que todos os profissionais que atuam nos serviços da rede de atenção psicossocial devem estar preparados para o acolhimento a pessoas com transtorno mental.

A relação do CAPS David Capistrano Filho com a rede de saúde básica, na visão dos entrevistados, acontece, entretanto é muito mediada pela demanda. Todos os entrevistados destacaram que falta uma tomada de responsabilidade por parte das UBS com o cuidado dos pacientes com transtorno mental, é como se o usuário fosse só responsabilidade dessa instituição e não precise dos outros serviços.

O que a gente percebe é que o cuidado com as pessoas que tem transtorno mental fica muito centralizado no CAPS e que a atenção básica poderia participar mais disso. O que eu acho da relação com a atenção básica é isso, dessa dificuldade deles de gerenciarem os casos em saúde mental e encaminharem tudo para o CAPS, nisso aí eu acho que a atenção básica poderia melhorar um pouco. Mas, se a gente não tem capacitação para a gente, imagine para eles poderem melhorar o processo de trabalho deles e poder atender melhor as pessoas que tem transtorno mental? Seria interessante se a gente tivesse uma relação mais estreita com a atenção básica no sentido de que potencializaria o cuidado de quem tem transtorno mental por conta mesmo dessa perspectiva de CAPS, da inserção do território, mas hoje a relação é muito insipiente, eles demandam quando tem alguma coisa. (Lúcia)

Nesse sentido, entendemos que faltam capacitações para os profissionais da rede de saúde básica sobre as temáticas da saúde mental, o apoio matricial deveria ser reforçado no sentido de fazê-los entender que a responsabilidade pelo usuário na rede de atenção psicossocial, não se limita ao CAPS e que a articulação de todos os serviços é essencial para inserção social desses sujeitos.

### **3.8.1 O Diálogo entre Redes no CAPS David Capistrano Filho**

Já foi destacado no item anterior sobre a necessidade de articulação entre o CAPS e as redes, não somente com os serviços da política de saúde e também com a política de

assistência, previdência, educação, visto que é essa articulação que vai garantir a integralidade ao acesso do usuário.

Quando questionados sobre a articulação entre redes a maioria dos entrevistados relataram que se o contado com a rede de saúde básica já é mediado pela demanda institucional em relação às outras políticas isso se torna ainda mais raro.

[...] Os profissionais no CRAS e do CREAS eles procuram o CAPS, só que eles procuram o CAPS naquele momento que tem um usuário que ta judicializado, que ta o processo dele no Ministério Público e eles procuram o CAPS para poder entender como é que ta o tratamento do usuário aqui para eles poderem produzir um relatório informando ao Ministério Público.[...] educação é muito difícil a gente ter alguma ação, mas às vezes tem, às vezes tem ação da gente ir na escola conversar com algum professor pra que ele entenda que aquela pessoa é um usuário, que faz tratamento no CAPS e que pode ter ou não alguma dificuldade pra acompanhar o restante da turma e que a gente sempre ta aqui para parceria, ta observando que o usuário ta lá e ta com o comportamento diferente tenta entrar em contato com a gente, que a gente pode fazer uma intervenção aqui pra evitar uma possível crise. (Roberto)

A previdência também seria uma política que a gente poderia ter uma parceria melhor, muitos usuários da gente demandam algum benefício da política de assistência, mas alguns não tem acesso. É um debate que a gente não tem com as colegas no INSS, acho que seria inclusive uma coisa bem interessante [...] (Lúcia)

A análise do conteúdo referente a essa questão nos coloca diante de uma reflexão essencial em nossa pesquisa. Se a articulação entre as redes é uma realidade rara nas ações desenvolvidas pelo CAPS, até que ponto a integralidade do usuário vem sendo viabilizada? Entendemos que a integralidade é um conceito bem mais amplo que independe das intenções e atuação dos profissionais. A dificuldade de articulação entre as redes está ancorada em aspectos conjunturais, no atual desmonte das políticas públicas que vem tornando os serviços cada vez mais burocráticos e limitando o alcance das ações dos profissionais.

### **3.9– A Integralidade no CAPS David Capistrano Filho**

A integralidade, como uma das categorias centrais da presente pesquisa, já foi abordada no capítulo II. Entretanto se faz necessário retomar alguns conceitos para poder relacionar e fazer as devidas análises, com relação aos dados subjetivos que encontramos na pesquisa referente a essa questão. Nesse sentido, a pluralidade de questões envolvendo saúde é bastante ampla, sobretudo se formos pensar a saúde voltada para as práticas integrais, que são uma das ferramentas que melhor atende e responde as necessidades dos usuários dos serviços de saúde.

Nasi et al. (2009) destaca que a integralidade pode ser entendida em vários sentidos que se entrelaçam e se complementam diante da complexidade de questões que envolvem a atenção em saúde. Um dos sentidos de integralidade é o entendimento da necessidade integral do sujeito, considerando seu contexto social, político, histórico, familiar, sanitário e ambiental. Essa perspectiva de integralidade pressupõe ações de promoção prevenção e reabilitação como também, a articulação dos serviços necessários para o atendimento integral do usuário.

Outro sentido, de acordo com Nasi et al. (2009), é que a integralidade pode ser entendida, também, como a necessidade das respostas governamentais, programas, ações e projetos em saúde, considerarem em sua formulação e execução, as reais necessidades do público alvo desses serviços, recusando a forma reducionista, fragmentada e focalizada dessas ações. Nesse sentido, pensar a integralidade voltada para a saúde mental é considerar a necessidade de articulação entre seus três principais sentidos: a integralidade como norteadora das práticas profissionais, a integralidade como orientadora da organização dos serviços e a integralidade como direcionamento nas políticas públicas.

No entanto, praticar integralidade nos serviços de saúde pública é um desafio ainda maior a se buscar, visto que o SUS, sobretudo em suas bases, ainda encontra numerosas dificuldades de efetivar seus serviços de forma acessível e de qualidade. Todavia, a luta pela melhoria da atenção a saúde não foi abandonada pelos profissionais da saúde, gestores e os usuários dos seus serviços (PINHEIRO, 2000).

Relacionando a questão com os dados encontrados através de análise do conteúdo das entrevistas, foi possível perceber uma unanimidade de posicionamento entre os profissionais. Quando questionados sobre a viabilização da integralidade do usuário daquele serviço, relataram-nos que a realidade está muito distante do idealizado na política.

Não. Porque a rede tem muitas falhas, a gente tem um quantitativo de UBSs interessante, um quantitativo CAPS, de CRAS e CREAS, de todos os dispositivos de serviço a gente tem quantitativos interessantes. A gente tem profissionais capacitados em todas as redes, a gente tem na saúde mental protocolo, tem fluxo, tudo constituído, tudo bonitinho, tudo organizado. [...] eu às vezes recebo o usuário aqui e acolho, mas às vezes não é aqui a demanda prioritária do usuário (é a falta de moradia), aí a falta de moradia faz com que ele fique em situação de vulnerabilidade e entre em crise, situação extrema de pobreza, não tem como se alimentar, então são várias questões que fazem com que a rede e a integralidade do usuário não seja 100%. (Roberto)

Eu acho que não, a gente do CAPS ainda teria muito mais a fazer, muito mais ações, muito mais coisas pra fazer. Infelizmente as vezes a gente ainda se pega muito dentro dos CAPS, porque as demandas também são muito intensas os usuários demandam demais, a gente tem muitas coisas relacionadas aos PTS dos usuários e a

gente poderia fazer bem mais coisas para fora, muito mais ações no território, na comunidade e articulado com outras políticas. Eu acho que está longe disso, está distante disso, até por nós mesmo e também pela receptividade que as pessoas têm quando as questões são relacionadas a quem tem transtorno mental. (Lúcia)

Alguns profissionais destacam que a integralidade do usuário tem sido viabilizada em partes. Entendemos que a equipe multiprofissional tenta, dentro de suas possibilidades, atender o usuário em sua integralidade, mas, como podemos perceber a integralidade não abrange somente a ação profissional, tem as respostas institucionais e a contra partida das outras políticas públicas e é aí que se encontram as maiores dificuldades.

Apesar das dificuldades encontradas na cotidianidade dos serviços de saúde para a viabilização da integralidade do usuário, existem estratégias que os profissionais desses serviços podem desenvolver na sua prática a fim de atender parte das necessidades do usuário. Considerando que a integralidade também envolve a inserção dos usuários em espaços de cultura, lazer, arte, e não somente está ligada a rede de serviços, o profissional do CAPS deve dotar de conhecimento sobre a comunidade em que atua e articular essa inserção. Nesse sentido, se faz relevante entender se na dinâmica de trabalho da equipe do CAPS David Capistrano Filho há estratégias por parte dos profissionais para tentar melhorar o acesso do usuário nesses espaços. Ao analisar o conteúdo das entrevistas em relação a essa questão foi possível perceber essas estratégias na fala da maioria dos entrevistados.

Uma das primeiras estratégias/ações é a construção do PTS, para poder responder as demandas do sujeito é preciso conhecê-las. Entender o sujeito em sua totalidade para tentar garantir a integralidade no cuidado. Outras questões são algumas atividades que ocorrem no território, que trazem a questão da cultura, do lazer, essa ponte com as ações externas é um meio de trazer a lógica da integralidade. Uma tentativa de buscar uma interlocução com a família, que sempre fazemos aqui, parcerias com cursos profissionalizantes, também são estratégias que fazemos frequentemente aqui no caps. (Maria)

[...] a gente fazer com que o usuário busque os seus direitos junto à sociedade em geral, e aí já eu não vou falar tanto da saúde, mas, o direito dele geral como cidadão. Ele tem direitos que devem ser respeitados em todos os lugares, eu acho que a gente tentar fazer com que ele busque isso é uma forma de integralidade também. Fazer com que ele não permita ser violentado nem física e nem verbalmente, que ele possa circular nos espaços da comunidade, que ele possa frequentar o seu culto, a sua igreja, a mercearia, a padaria, o banco, fazer uso do seu próprio benefício sem ser terceiros nem intermediários, que ele possa ter acesso ao cinema, a ir ao super mercado comprar o biscoito que ele gosta, enfim, as coisas do dia a dia que toda pessoa tem direito. (Roberto)

Os profissionais destacam que o interessante sobre integralidade como princípio na saúde mental é a possibilidade abrangente de intervenções que podem ser feitas, oficina com arte, música, teatro, dança, trabalhos manuais, trabalhar a autonomia dos sujeitos, são uma

gama de atividades que podem ser desenvolvidas para valorizar a subjetividade do usuário e viabilizar sua inserção social. Alertam também, que embora a realidade cotidiana do serviço esteja distante do idealizado tanto na política quando por eles próprios, não há dúvidas que essa é a melhor forma de tratar a loucura. Enfatizam a necessidade da sociedade enxergar a pessoa com transtorno mental como pessoa que para além de sua condição psíquica tem outras necessidades particulares. Por fim, apresentamos, na visão de um profissional, a síntese do que é integralidade.

Acho que é isso, eu penso que sou meio suspeita para falar, estou nesse serviço por opção há muito tempo. Penso que mesmo com todos os desafios encontrados esse ainda continua sendo o melhor meio de tratar o transtorno mental, a gente ainda não conseguiu atingir o idealizado ou o que a gente pretende para o usuário, mas, o CAPS ainda visa perceber que esse sujeito não é só louco, antes disso ele é João, é Maria, é Roberto... Acho que isso é integralidade é perceber que ele precisa daqui, ele precisa do remédio, mas também precisa de vida social, ele precisa de outros espaços, ele precisa está com a família dele, ir ao cinema, ou seja, ele precisa fazer o que ele quiser porque essas são as necessidades dele. (Maria)

Vimos nesse capítulo o que é o Centro de Atenção Psicossocial, como se deu o processo de Reforma Psiquiátrica em Sergipe e os aspectos da história do CAPS David Capistrano Filho. Através dos dados coletados na pesquisa de campo, foi possível entender e apresentar quais são os processos de trabalho desenvolvidos no CAPS David e qual a sua relação com a interdisciplinaridade e a integralidade. Após várias leituras, pesquisas e análises, estamos chegando ao fim dessa jornada. Apresentaremos a seguir as nossas análises acerca do tema, os principais resultados da pesquisa, as principais dificuldades encontradas nesse processo e as análises quanto ao alcance dos objetivos propostos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reforma psiquiátrica, como processo social, não se esgota aqui. Muito já foi conquistado, mas, ainda é preciso avançar no sentido de fazer com que o manicômio, não exclusivamente a instituição, mas os pensamentos, concepções, abordagens, ideologias e práticas que o reproduzem, sejam definitivamente superados. Destaca-se dentre os avanços conquistados, a substituição gradativa de práticas tradicionais, ancoradas na estrutura manicomial, por serviços substitutivos que redimensionam o saber sobre a loucura e as práticas no cuidado às pessoas com transtorno mental.

Como características importantes que esses serviços substitutivos incorporam a saúde mental, temos o princípio da interdisciplinaridade e da integralidade no cuidado, que devem permear todas as ações desenvolvidas. A partir da Reforma Psiquiátrica, a interdisciplinaridade e a integralidade passam a ser práticas teórico-metodológicas que devem ocorrer na cotidianidade dos atuais serviços substitutivos de saúde mental. No entanto, há muitas dificuldades como o caráter centralizado das profissões, a burocracia institucional, a demanda, que podem dificultar a viabilização dessas perspectivas. Entender como acontece a relação entre interdisciplinaridade e integralidade na realidade do CAPS David Capistrano Filho foi o objetivo de nossa pesquisa.

A análise dos resultados encontrados nos permite dizer que a prática interdisciplinar ocorre entre os profissionais entrevistados, embora não haja subsídios por parte da gestão municipal para que essa prática se fortaleça. É essencial que a gestão desses serviços disponibilizem espaços como capacitações, reuniões ampliadas, estudos coletivos, entre outros, como meio de possibilitar a potencialização dos saberes entre os diferentes profissionais. No entanto, o que se encontra como realidade é que as capacitações, processos de educação permanente e afins, só foram realizados no início da implantação do serviço. Foi possível perceber, através da argumentação dos profissionais entrevistados, que a interdisciplinaridade na instituição ocorre por conta de esforços deles próprios em estudar, se capacitar, reunindo-se e dialogando entre todos os envolvidos. Independentemente da disponibilidade ou não das capacitações e outros espaços de construção coletiva, as reuniões entre equipe acontecem cotidianamente, como estratégia da própria equipe. Já as capacitações, igualmente ao processo de educação permanente, não acontecem mais.

Com relação à integralidade, concluímos que é uma categoria que é perpassada por uma série de questões. Para que haja a integralidade do atendimento ao usuário é necessário

que haja uma articulação entre as redes. Ao analisar os resultados, referente a essa temática, com relação ao contato com a rede básica de saúde, os profissionais alertam que acontece. Entretanto é mediado pela demanda institucional e falta um entendimento maior por parte dos profissionais das outras instituições de todo o contexto que envolve a pessoa com transtorno mental. Nesse sentido, faltam capacitações para os profissionais da rede de saúde básica sobre as temáticas da saúde mental e o apoio matricial deveria ser reforçado, no intuito de fazê-los perceber que a responsabilidade pelo usuário na rede de atenção psicossocial, não se limita ao CAPS e que a articulação de todos os serviços é essencial para inserção social desses sujeitos.

Com relação ao diálogo entre redes com as outras políticas (assistência, previdência, educação) o contato é mais raro ainda. A análise do conteúdo referente a essa questão nos coloca diante de uma reflexão essencial em nossa pesquisa. Se a articulação entre as redes é uma realidade rara nas ações desenvolvidas pelo CAPS, até que ponto a integralidade do usuário vem sendo viabilizada? Entendemos que a integralidade é um conceito bem mais amplo que independe das intenções e atuação dos profissionais.

Apesar das dificuldades encontradas na cotidianidade dos serviços de saúde para a viabilização da integralidade do usuário, existem estratégias que os profissionais desses serviços podem desenvolver na sua prática a fim de atender parte das necessidades do usuário. Considerando que a integralidade também envolve a inserção dos usuários em espaços de cultura, lazer, arte, e não somente está ligada a rede de serviços, o profissional do CAPS deve dotar de conhecimento sobre a comunidade em que atua e articular essa inserção. Ao analisar o conteúdo das entrevistas em relação a essa questão foi possível perceber essas estratégias na fala da maioria dos entrevistados.

Relacionando os objetivos da pesquisa com os resultados encontrados, podemos dizer que estes foram parcialmente alcançados. Com relação ao objetivo geral, “identificar se entre os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ocorre o dialogo interdisciplinar de modo a viabilizar a integralidade no atendimento prestado às pessoas com transtorno mental”, foi possível perceber que esse diálogo existe na instituição, porém, ele por si só não tem como garantir a integralidade das necessidades do usuário.

Relacionando o primeiro objetivo específico, “identificar, nos processos de trabalho, as estratégias que viabilizem o diálogo interdisciplinar no CAPS”, com os resultados encontrados, podemos perceber que apesar da grande dinâmica institucional, falta de recursos, fragilidade na estrutura física e a falta de espaços disponibilizados pela instituição para que esse diálogo se fortaleça, os profissionais em sua cotidianidade compartilham seus saberes,

dialogam sobre os PTS dos pacientes, se reúnem semanalmente e compartilham espaços de luta coletiva.

Com relação ao segundo objetivo específico, “identificar a existência de redes intersetoriais, de forma a garantir a integralidade no atendimento a pessoa com transtorno mental”, a rede intersetorial de serviços existe, entretanto há muitas dificuldades que fazem com que essa articulação seja falha e não garanta em sua totalidade as necessidades do usuário.

Ao relacionar o terceiro objetivo específico, “identificar a avaliação dos profissionais sobre a relação entre a interdisciplinaridade e integralidade no cuidado as pessoas com transtorno mental”, com os resultados encontrados na pesquisa, podemos dizer que a falta de incentivos não inviabiliza que o diálogo interdisciplinar ocorra na instituição. Com relação à integralidade, que pode ser entendida em vários aspectos, podemos dizer que as respostas governamentais não tem sido favoráveis para a garantia desse princípio no cuidado. Entretanto, os profissionais demonstram dotar de estratégias que tentam viabilizar a inserção do usuário em outros espaços coletivos para além da rede serviços, espaços de cultura e lazer, que são essenciais para que esses sujeitos se desenvolvam. É importante destacar também, que apesar de todas as dificuldades encontradas pelos profissionais nesse serviço, eles defendem e afirmam que a atenção e o cuidado que é disponibilizado no CAPS é a melhor maneira de tratar a loucura.

As dificuldades que encontramos no desenvolvimento da pesquisa, para além do desafio de tratar a saúde mental com o devido rigor, dizem respeito a um aspecto teórico e outra de caráter prático-conjuntural. O aspecto teórico diz respeito à dificuldade de encontrar produções teóricas que subsidiassem uma construção sólida sobre a história do CAPS David Capistrano Filho. O que conseguimos foram documentos, produções teóricas dos profissionais, que contribuíram para abordarmos apenas alguns aspectos dessa história. O aspecto prático-conjuntural diz respeito a difícil realidade que o CAPS estava passando na época em que a pesquisa foi desenvolvida.

O CAPS David Capistrano Filho estava passando pelo processo de terceirização e para lutar para que esse processo não ocorresse, os profissionais estavam em greve e trabalhando por escala, o que dificultou na obtenção dos dados. Entretanto, a realização da pesquisa era uma preocupação subordinada, comparando-se com os problemas que podem ser encontrados com a terceirização dos serviços públicos. Apoiávamos a luta dos trabalhadores do CAPS e a resistência dos mesmos frente a esse processo, entretanto, a terceirização foi oficializada.



Essa realidade nos fez refletir sobre o que alguns autores de saúde mental já vinham alertando, o retrocesso dos avanços conquistados com a Reforma Psiquiátrica vem ocorrendo e fragilizando os serviços substitutivos de saúde mental. Os usuários atendidos no CAPS foram transferidos para uma ONG, tendência característica da política neoliberal que divide a responsabilidade do Estado com a sociedade civil. Diante disso, questionamos: Qual atendimento que esses usuários vêm tendo nessa instituição? Será que a nova equipe de profissionais vem atuando de forma a dá suporte a construção da emancipação humana desses sujeitos? E como fica a questão do vínculo criado com os antigos profissionais do CAPS? Havia usuários que frequentavam o CAPS há muitos anos assim como profissionais que atuavam na instituição desde a instalação do serviço.

Apesar das incertezas que ficaram, após saber que o serviço foi interrompido e que mesmo com as dificuldades encontradas era desenvolvido por uma equipe que tinha um vasto entendimento do seu papel, um claro perfil para está atuando naquele espaço e se preocupavam com os usuários, ao menos os trabalhadores que entrevistamos, foi gratificante poder conhecer de forma mais aprofundada sobre a realidade de um CAPS.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A: Roteiro de Entrevista**

### **I – IDENTIFICAÇÃO**

- 1- Núcleo profissional:
- 2- Ano de formação:
- 3- Tempo de inserção na Saúde Mental:
- 4- Tempo de inserção no CAPS David Capistrano:

### **II – PERGUNTAS ABERTAS:**

2.1- Para sua inserção na saúde mental, passou por processo de educação permanente? Esse processo continua a existir para atualização dos profissionais?

2.2- Identifique e analise os processos de trabalho desenvolvidos no CAPS? Como você se insere neles?

2.3 - Na instituição ocorrem reuniões, debates ou capacitações que viabilizem o diálogo interdisciplinar?

2.4- Os diversos profissionais do CAPS discutem sobre o PTS de cada usuário? Isso ocorre efetivamente em todos os momentos? Como ocorre?

2.5- Como ocorre a relação dos profissionais do CAPS com os profissionais das outras redes da Saúde (Atenção Primária, por exemplo)? Analise e avalie essa relação.

2.6- Como ocorre a relação dos profissionais do CAPS com os profissionais das outras redes das políticas públicas (Assistência Social e Educação, por exemplo)? Analise e avalie essa relação.

2.7 – Você avalia que nessas relações (para dentro e para fora da saúde) a assistência integral dos usuários da saúde mental está sendo viabilizada?

2.8 – Quais estratégias vocês constroem, nos processos de trabalho, que visem garantir a integralidade no cuidado?

2.9 – Como ocorre a participação do usuário na definição do PTS?

3.0 – Tem algo a colocar sobre a integralidade do cuidado no CAPS?

## APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: “**Saúde Mental, integralidade e interdisciplinaridade: um estudo no CAPS David Capistrano Filho**”, que será desenvolvida por Kelly Luiza Freire Marques, Laíza Onias Santos, Nara Vanessa Santos Monteiro ambas alunas do curso de Serviço Social. A pesquisa será orientada pela professora da Universidade Federal de Sergipe, Dra. Maria Cecília Tavares Leite.

A pesquisa tem por objetivo identificar se na ação dos profissionais do CAPS David Capistrano Filho, ocorre o diálogo interdisciplinar de modo a viabilizar a integralidade no atendimento prestado às pessoas com transtorno mental.

O estudo será desenvolvido através da aplicação de questionários, com os trabalhadores do CAPS David Capistrano Filho e tem os seguintes objetivos:

- Identificar nos processos de trabalho, as estratégias que viabilizem o diálogo interdisciplinar no CAPS David Capistrano Filho;
- Identificar a existência de redes intersetoriais, de forma a garantir a integralidade no acolhimento prestado à pessoa com transtorno mental;
- Identificar a avaliação dos profissionais sobre a relação entre interdisciplinaridade e integralidade no cuidado as pessoas com transtorno mental.

Destacamos que o estudo proposto contempla todos os requisitos éticos previstos na legislação atual e enfatizamos o nosso interesse em disponibilizar para você os dados gerados, bem como, os resultados finais do estudo.

A pesquisa se faz relevante por permitir explorar um tema de grande importância para a operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde, especialmente o do acesso universal, tendo em vista a necessidade de estudos e produção científica específica sobre o tema.

Nós garantimos o sigilo absoluto da sua identidade, no entanto, solicitamos seu consentimento para que os dados obtidos nesta pesquisa sejam divulgados e apresentados em congressos ou publicados posteriormente. **Em nenhum dos casos haverá a identificação dos participantes.** Ressaltamos que não há riscos, prejuízos ou desconforto que possam ser provocados pela pesquisa. Esclarecemos que você é livre para interromper a sua participação

a qualquer momento, sem justificar sua decisão. Seu nome não será divulgado, você não terá despesas e não receberá dinheiro por participar do estudo.

Qualquer esclarecimento ou dúvida estará a sua disposição.

- Kelly Luiza Freire Marques, cel: (79) 9824-4793;
- Laíza Onias Santos, cel: (79) 9809-0261;
- Nara Vanessa Monteiro, cel: (79) 9805-7254;
- Maria Cecilia Tavares Leite, Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, tel: (79) 2105-6778 (UFS) e (79) 9991-3706.

Após estes esclarecimentos, eu \_\_\_\_\_, concordo em participar do estudo **“Saúde Mental, integralidade e interdisciplinaridade: um estudo no CAPS David Capistrano Filho”**, que será desenvolvida por Kelly Luiza Freire Marques, Laíza Onias Santos, Nara Vanessa Santos Monteiro, ambas alunas do curso de Serviço Social. A pesquisa será orientada pela professora da Universidade Federal de Sergipe, Dra. Maria Cecília Tavares Leite. **Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.** Declaro ainda consentir com a divulgação, apresentação e publicação dos dados que serão resultantes deste estudo, sem identificação nominal de nenhum participante.

Aracaju, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007
- BISNETO, J. A. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. 2004.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (CRP). **Terceirização do CAPs David Capistrano é pauta de reunião entre CRP19 e regulador do serviço**. Disponível em: < [http://www.crp19.org.br/noticias/pag\\_not\\_88.html](http://www.crp19.org.br/noticias/pag_not_88.html)> Acesso em: 28 out. 2016.
- FILHO, M. M.; MACHADO, D de O.; VASCONCELOS, M. F. F. **Acompanhamento terapêutico e reforma psiquiátrica: questões, tensões e experimentações de uma clínica antimanicomial**. In: Psicologia & Sociedade: 25. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25nspe2/v25nspe2a13.pdf>> Acesso em: 28 out. 2016.
- FUNESA. **Educação Permanente em Saúde no Estado de Sergipe - Saberes e Tecnologias para Implantação de uma Política**. Livro do Aprendiz 2. Aracaju: FUNESA, 2011.
- FUNESA. **Atenção Psicossocial no Estado de Sergipe: Saberes e tecnologias para implantação de uma política**. Livro do Aprendiz 8. Aracaju: FUNESA, 2011.
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- GOMES, Ana Paula. et al. **Diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial**. Aracaju: Roda REAPS, 2012.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010..

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Análise qualitativa: teoria passos e fidedignidade**. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a07>> Acesso em: 28 out. 2016.

NASI, et al. **Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica**. 2009. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/174>> Acesso em: 28 out. 2016.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao Estudo do Método de Marx**. 1ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

OLIVEIRA, Luiz Carlos de, et al. **O Campo da saúde mental: algumas reflexões sobre interdisciplinaridade e trabalho integrado**. Salusvita, Bauru, v. 19, n. 2, p. 89-100, 2000.

PINHEIRO, R. **A integralidade como princípio do direito a saúde**. Disponível em: < <http://www.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>> Acesso em: 28 out. 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e interdisciplinaridade**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.